FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY
1909-1910 **N° 16**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OSTÉO-ARTHROPATHIES

de la Syphilis héréditaire

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 16 Avril 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Arsène-Eugène-Edmond VOINIER

Né le 12 Mars 1885, à Rémiréville (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :

MM. SPILLMANN, professeur..... *Président.*
PARISOT, professeur..... *Juges.*
FRŒLICH, agrégé..... *Juges.*
MICHEL, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE MARCEL VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1910

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY
1909-1910 **N° 16**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OSTÉO-ARTHROPATHIES

de la Syphilis héréditaire

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 16 Avril 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Arsène-Eugène-Edmond VOINIER

Né le 12 Mars 1885, à Réméréville (Meurthe-et-Moselle)

ACAD. LITHO. BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM. SPILLMANN, professeur..... *Président.*
PARISOT, professeur.....
FŒLICH, agrégé..... *Juges.*
MICHEL, agrégé .....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE MARCEL VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. Gross, O ✲, I ✪.
Assesseur : M. Bernheim, ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. Beaunis, ✲, I ✪ ; Nicolas, I ✪ ; Prenant, I ✪.

Professeurs

Clinique médicale	M. Bernheim ✲, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. Gross O ✲, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. Charpentier, ✲, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. Chrétien, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. Weiss, ✲, I ✪, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. Spillmann, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. Herrgott, ✲, I ✪, professeur.
Hygiène	M. Macé, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. Schmitt, I ✪, professeur.
Physiologie	M. Meyer, I ✪, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. Simon, I ✪, professeur.
Histologie	M. Bouin, I ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, I ✪, professeur.
Clinique ophtalmologique	M. Rohmer, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. Parisot, I ✪, professeur.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. Ancel, A ✪, professeur.

Professeurs-Adjoints

Clinique d'électrothérapie (Fondation de l'Université)	M. Guilloz I ✪.
Pathologie externe	M. Vautrin, I ✪.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des vieillards	M. Etienne, I ✪ agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. Spillmann, A ✪, agrégé.
Accouchements	M. Schuhl, I ✪, agrégé libre.
Fondation de l'Université — Clinique d'orthopédie	M. Frœlich, I ✪, agrégé libre
Fondation de l'Université — Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. Jacques, I ✪, agrégé libre.
Fondation de l'Université — Clinique des voies urinaires	M. André, I ✪, agrégé libre.
Anatomie pathologique	M. Hoche, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. Paris, A ✪,

Agrégés en exercice

MM. Lambert, I ✪.	MM. Richon, A ✪.	MM. Collin, A ✪.
L. Spillmann, A. ✪.	G. Gross, A ✪.	Dufour, A ✪.
Michel, A ✪.	Fruhinshoiz, A ✪.	Sencert. A ✪.
Hoche, I ✪.		Robert, A ✪.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. Remy, A ✪ ; Février, ✲, I ✪ ; Étienne, I ✪ ; Zilgien, A ✪ ; Frœlich, I ✪ ; Schuhl, I ✪ ; Jacques, I ✪, André, I ✪.

M. F. Lambert des Cilleuls, ✲, ✪, I ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SPILLMANN

Correspondant de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le courant de l'année 1909, dans le service de M. le professeur P. Spillmann, un cas d'hydarthrose double du genou pour lequel les antécédents héréditaires et personnels de notre malade et l'efficacité du traitement mercuriel étaient venus démontrer l'origine nettement spécifique, nous avons cru bon, sur les conseils de notre maître, de choisir comme sujet de notre thèse inaugurale, l'étude des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire.

Mais auparavant qu'il nous soit permis d'adresser nos sincères remerciements à M. le professeur P. Spillmann pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous garderons un souvenir ineffaçable des ses leçons cliniques si pratiques et nous n'oublierons pas les marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

M. le professeur Parisot a bien voulu accepter d'être notre juge ; nous l'en remercions très vivement et garderons le souvenir de sa sympathique bienveillance.

Nous avons toujours suivi avec plaisir les cliniques si captivantes de M. le professeur Haushalter ; il a bien voulu nous communiquer deux observations de son service ; qu'il soit assuré de notre gratitude.

Nous exprimons la plus vive reconnaissance à M. le professeur agrégé Frœlich qui nous a permis de publier dans notre thèse quatre observations recueillies par lui. Nous garderons de cet excellent maître le meilleur souvenir.

M. le professeur agrégé Michel a bien voulu faire partie de notre jury de thèse, nous lui en témoignons toute notre reconnaissance.

Nous ne quitterons pas la Faculté sans adresser à tous nos excellents camarades d'études notre cordial souvenir et ce sera pour plus tard une grande joie que de nous rappeler les longues années passées en leur compagnie.

EXPOSÉ ET DIVISION DU SUJET

Notre but, dans ce travail, est d'étudier, aussi complètement qu'il nous sera possible, les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire. Nous voudrions surtout montrer que ces manifestations sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, et que bon nombre de cas étiquetés sous le nom de « tumeur blanche ou de lésions rhumatismales » ne sont en réalité que des arthropathies spécifiques, ce qui nous est démontré très souvent par les antécédents héréditaires et personnels du malade, et surtout par l'influence heureuse du traitement mercuriel.

Après avoir fait l'historique de la question et avant d'entrer dans le vif de notre travail, nous croyons bon de revoir d'une façon succinte les particularités cliniques révélatrices de l'hérédo-syphilis, ou pour mieux dire, ses véritables stigmates.

Nous essayerons ensuite d'exposer l'état actuel de la question et de classer, en nous appuyant sur l'autorité de maîtres compétents, les différentes formes d'arthropathie spécifique. Après avoir étudié ces diverses variétés, nous terminerons par quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

HISTORIQUE

La question des arthropathies de la syphilis héréditaire est une question relativement récente, puisque les premières observations véritablement bien établies datent à peine d'une trentaine d'années. Et cependant il est de notion très ancienne que la syphilis peut déterminer des troubles et des désordres articulaires. Nombreux sont les travaux parus à ce sujet. De plus, presque tous les auteurs qui ont traité de l'arthropathie acquise ont consacré quelques lignes aux arthropathies héréditaires, mais les observations manquent ou les faits sont si vagues qu'ils ne méritent réellement pas d'être rapportés.

Déjà les syphiligraphes du xv[e] siècle, entre autres Pierre Marty (1488) dans une lettre adressée à Arias Barbosa et Villabos (1498), dans un de ses poèmes, décrivent les douleurs articulaires multiples de la syphilis. Fracastor (1546) fait la description de l'épidémie qui sévit en Italie, au moment de l'occupation par les soldats de Charles VIII et insiste sur les douleurs osseuses et articulaires. Ambroise Paré (1561), Ozanam, en relatant l'épidémie de Braun (1578), Vidal de Cassis, Bayr, Van Swediaur notent aussi

les manifestations articulaires d'origine syphilitique.

Astruc, au XVIII[e] siècle, écrivait : « S'ils vivent, les enfants issus de parents syphilitiques sont écrouelleux, petits, rachitiques, bossus ; ils ont de *grosses articulations*, de grosses têtes, des nez écrasés, des jambes crochues, tournées en dehors ou en dedans ; ils sont estropiés, tordus, contrefaits en différentes manières, etc... »

Flamand (1829) parle de l'épidémie de Chevanne-Lure. Chomel (1837) fait remarquer que la syphilis peut atteindre l'épiphyse des os tout aussi bien que leur diaphyse. Il admet l'arthropathie d'origine syphilitique et il établit le diagnostic différentiel de cette affection avec le rhumatisme chronique en insistant sur deux signes principaux : la conservation des mouvements et leur exécution sans phénomène douloureux appréciable. Hunter et Babington (1840) font remarquer que « l'inflammation de la synoviale des articulations coïncide avec des symptômes secondaires non douteux de la syphilis. » Ricard, Follin ont surtout en vue les arthropathies tertiaires. Bassereau, Vidal en disent quelques mots.

Nous arrivons maintenant à une époque mémorable, celle où Richet fit paraître son fameux mémoire sur les tumeurs blanches (1853). « J'ai la conviction, dit-il, que bon nombre des hydarthroses chroniques, rebelles à toute espèce de traitement, ne sont pas autre chose que des synovites syphilitiques. » Donc, à côté de la tumeur blanche tuberculeuse, il en décrit une autre d'origine syphilitique et il en admet deux

variétés : la synovite syphilitique, accident secondaire et l'ostéo-synovite, accident franchement tertiaire qui, attaquant d'abord les extrémités osseuses, se propage ensuite à l'articulation. Il publie dans son mémoire six observations, trois de chaque forme. Mais les idées de Richet ne furent pas admises sans conteste et les premiers travaux qui parurent après son mémoire refusent tout caractère spécifique aux troubles articulaires observés dans la syphilis, les rapportant soit au rhumatisme articulaire, soit à la tuberculose.

C'est ainsi que Ricord dit qu'il n'a jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations, mais il admet cependant qu'elle puisse modifier dans une certaine mesure les caractères d'une tumeur blanche scrofuleuse. Panas, dans l'article « Articulations » du Dictionnaire de Médecine et Chirurgie, critique également les observations publiées par Richet.

Cependant, quelques années plus tard, les cas d'arthropathie survenant au cours de la syphilis et influencés favorablement par le traitement spécifique étant venus à se multiplier, les idées changèrent et les différents auteurs admirent les troubles articulaires d'origine syphilitique.

Melchior Robert (*Nouveau Traité des Maladies vénériennes*, 1861) conte l'histoire d'une dame de 65 ans dont l'arthropathie rebelle du genou gauche a guéri par l'iodure, après avoir résisté à d'autres traitements. Il n'y avait pas de syphilis acquise :

l'auteur croit pouvoir en conclure qu'il s'agit d'arthropathie héréditaire ! ! !

Lancereaux, dans un mémoire communiqué à la Société de Chirurgie (1863), le professeur Verneuil, Virchow publient leurs observations. En 1873, Lancereaux publie un second mémoire sur les arthropathies syphilitiques. Le professeur Fournier, dans ses leçons cliniques, donne le nom de « pseudo-rhumatisme syphilitique » aux arthropathies spécifiques avec ou sans épanchement articulaire et son élève Vaffier, dans sa thèse (1875), rapporte six observations de ce rhumatisme syphilitique.

J. Voisin (*Th. Paris*, 1875) divise les arthropathies en primaires, secondaires et tertiaires. Plateau (1877) publie sa thèse sur les épanchements articulaires dans la syphilis. Bouilly (*Th. d'Agrégation*, Paris, 1878) établit la comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques.

En 1879, Gaucher attire le premier l'attention sur les lésions des épiphyses dans les arthropathies tertiaires et il montre que la lésion osseuse est tout.

En 1881, paraît la thèse de Durenil sur les pseudotumeurs blanches syphilitiques. C'est dans cette thèse que sont publiées les premières bonnes observations et c'est à partir de ce moment que les arthropathies de la syphilis héréditaire sont réellement bien étudiées.

Méricamp (*Th. de Paris,* 1882) consacre un chapitre à l'arthropathie héréditaire : il a la bonne fortune de suivre un cas d'arthropathie syphilitique et d'en faire l'autopsie, la seconde en France. Il rap-

porte également une observation d'arthropathie déformante qu'il croit devoir rapporter à la syphilis héréditaire. Un fait analogue, dû à Duménil (de Rouen) avait été publié dans la thèse de Gressent (1874).

Defontaine (*Th. Paris*, 1883) fait un bon travail sur l'arthropathie syphilitique héréditaire, mais n'apporte malheureusement aucun fait nouveau.

Ranguedat (*Th. Paris,* 1883) étudie spécialement les arthropathies syphilitiques héréditaires ; il groupe les faits précédemment publiés et apporte une observation nouvelle, d'ailleurs fort discutable.

Gangolphe étudie la question au point de vue anatomo-pathologique (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie,* 1885).

En Allemagne, les travaux parus sont assez nombreux, mais tous les auteurs confondent l'arthropathie hérédo-syphilitique avec l'ostéo-chondrite du type Parrot.

Les premières observations sont dues à Henoch et à Lewin (1868). Dans les mémoires de Wegner, Waldeyer et Kobner, il est surtout question de lésions se rapportant à l'affection décrite plus tard par Parrot. En 1878, Güterbock fait une importante communication à la Société Médicale de Berlin sous le titre de « Maladies hérédo-syphilitiques des articulations ». Puis, paraissent les travaux de Knaak (Brême, 1877), Koch (1879), Gies (1881), Maussurow (1881), Mracek (1882).

Max Schüller publie un mémoire très important qui n'est que la reproduction de sa communication

au Congrès allemand de Chirurgie (1882). En 1883, Güterbock édite de nouvelles observations personnelles, puis Falkson (1883), Landerer (1884), Virchow (1884), Tilmann, Zesas (1886), Middeldorpf (1886).

En Angleterre, il nous faut retenir les noms de Dreschfeld (1881), Clutton (1886), Hutchinson (1886), Fowler (1888), Robinson (1896). Clutton a surtout en vue des cas d'hydarthrose double spécifique héréditaire et Robinson a fait paraître de nombreuses observations, malheureusement très incomplètes.

En France, le professeur Fournier fait paraître son livre sur l'hérédo-syphilis tardive et reparle du pseudo-rhumatisme syphilitique (1887). Puis Danjou, Manino, Rolland étudient les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire.

En 1890, Mauriac décrit les diverses formes de la syphilis articulaire, Rommiano en parle au Congrès de Dermatologie de Vienne (1892). Le professeur Kirmisson consacre plusieurs cliniques à ce sujet et fait paraître dans la *Revue d'Orthopédie* de 1897 trois observations nouvelles. Imbert publie un article dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1899.

Morestin fait une revue générale de la question dans les *Archives Générales de Médecine* (1901). A signaler également les thèses de Métayer (1904) et de Fouquet (1905). En 1906, le professeur Haushalter présente à la Société de Médecine de Nancy un enfant de vingt-huit mois, atteint de lésions articulaires offrant l'aspect du rhumatisme chronique déformant, et il admet qu'il s'agit bien là de lésions

syphilitiques articulaires diffuses, simulant le rhumatisme chronique. (*Revue Médicale de l'Est,* 1906.) La même année, Edmond Fournier publie son livre de « l'hérédo-syphilis tardive ».

Ménard, Lemoine et Pénard publient des observations nouvelles très intéressantes avec radiographies à l'appui sur des cas d'arthropathie déformante (*Gazette des Hôpitaux*, 1908, p. 605).

En 1909, le professeur Spillmann présente à la Société de Médecine de Nancy une jeune fille atteinte d'hydarthrose double du genou d'origine spécifique héréditaire (*Revue Médicale de l'Est*, 1909). C'est ce cas qui est relaté dans notre observation I.

STIGMATES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

On désigne sous le nom de syphilis héréditaire celle que l'enfant apporte en naissant et qui lui est transmise par ses parents. Très souvent, les accidents syphilitiques apparaissent dès la naissance, mais d'autres fois ils ne se montrent qu'à une période beaucoup plus avancée de la vie. C'est la raison pour laquelle le professeur Fournier a établi les deux catégories suivantes :

Syphilis héréditaire précoce et syphilis héréditaire tardive, l'éclosion des accidents n'ayant lieu dans cette dernière catégorie qu'au cours de l'adolescence et même de l'âge adulte, en moyenne de 15 à 25 ans.

Mais qu'elle soit précoce ou tardive, l'hérédo-syphilis peut-être dépistée grâce à différents signes qui facilitent sa recherche et son diagnostic. Ces particularités ont été très bien étudiées par Edmond Fournier dans son traité de « l'hérédo-syphilis tardive » et nous ne pouvons mieux faire que de les résumer rapidement :

1° Habitus extérieur. Physionomie. — Les hérédo-syphilitiques sont, en général, des enfants malin-

gres, chétifs, ayant mauvaise apparence. Leur physionomie est à ce point caractéristique qu'on les a décorés du nom de « petits vieux ». Ils ont la face ridée, la peau terreuse et grisâtre. Leur développement physique est absolument incomplet. Ils sont petits de taille, grêles de formes. Le système pileux est, chez eux, à l'état rudimentaire, les organes génitaux sont petits ou atrophiés. Ils réalisent, en quelque sorte, le tableau complet de l'infantilisme.

2° Malformations du crane et de la face. — Ils présentent, tant sur le crâne que sur la face, de nombreuses malformations. Ce sont, au front, des bosselures médianes ou latérales, donnant lieu aux différentes variétés : front olympien, bosses frontales, front en carène. D'autres fois, ce sont les bosses pariétales ou occipitales qui sont augmentées de volume. Il en résulte un élargissement transverse du crâne *(crâne natiforme)*. Souvent les hérédo-syphilitiques sont des hydrocéphales.

Le nez peut-être également le siège de malformations, réalisant les types de nez en lorgnette, de nez camard. L'oreille, elle aussi, peut revêtir une physionomie spéciale et c'est ainsi qu'on a pu décrire l'oreille ronde, l'oreille en plat à barbe, l'oreille de faune, l'oreille difforme, etc... Enfin, on observe fréquemment chez les hérédo-syphilitiques de l'asymétrie crânio-faciale.

3° Triade d'Hutchinson. — Il est assez fréquent de rencontrer chez ces sujets des troubles de l'ouïe, des affections oculaires et des érosions dentaires, ces trois termes constituant la « triade d'Hutchinson ».

a) *Troubles de l'ouïe.* — Les malades ont, dans leur enfance, des maux d'oreilles avec écoulements, ils peuvent être frappés d'une surdité foudroyante qui, quand elle se produit à une période tout à fait jeune de la vie, peut aboutir à la surdi-mutité.

b) *Stigmates oculaires.* — Les stigmates oculaires sont les plus fréquents et les plus importants de tous. C'est ainsi qu'on a pu observer du strabisme convergent, des taies de la cornée, des reliquats d'iritis et très fréquemment de la myopie. Mais il est une affection qui doit surtout retenir notre attention parce qu'elle est d'observation courante et qu'elle sévit d'une façon sinon exclusive, au moins des plus marquées, sur les hérédo-syphilitiques. Nous voulons parler de la « kératite interstitielle d'Hutchinson ». Cette kératite survient ordinairement dans l'enfance, elle s'installe insidieusement, entraîne des troubles visuels très accuentués, pouvant même aboutir à la cécité, en raison de l'opacification cornéenne qu'elle réalise. Son évolution est longue, l'affection dure des mois mais ne provoque que peu ou même pas de phénomènes douloureux. Le plus souvent enfin, elle intéresse les deux yeux l'un après l'autre, à quelques semaines d'intervalle. Quand elle a guéri, elle peut encore être différenciée des kératites banales grâce à certains signes. Ce sont des opacités de la cornée, profondes et non superficielles, siégeant dans le parenchyme même de la membrane. C'est, d'autre part, l'absence de « méplat de surface » ou de toute dépression épithéliale et enfin la persistance d'un fin

réseau vasculaire dans les couches profondes de la cornée.

c) *Malformations dentaires.* — Elles sont très nombreuses, mais nous ne retiendrons que les plus caractéristiques. L'évolution dentaire est très retardée, les différentes dents, incisives, canines et surtout premières grosses molaires présentent des érosions qui, d'après leur aspect, sont dites en cupule, en facettes, en sillon, en nappe. Mais le meilleur signe dentaire en faveur de l'hérédo-syphilis est encore la « dent d'Hutchinson ». Le caractère majeur de cette dent réside dans une échancrure semi-lunaire, occupant son bord libre. Cette échancrure revêt la forme d'une ligne courbe très régulière dont la convexité regarde le collet de la dent.

4° Stigmates cutanés ou muqueux. — La peau et les muqueuses peuvent être le siège de cicatrices, vestiges de syphilides anciennes. On observe, en particulier, des cicatrices péri-buccales ou cicatrices de Fournier et des cicatrices lombo-fessières ou stigmates de Parrot. Mais, dira-t-on, comment différencier ces lésions cicatricielles produites par la syphilis héréditaire de celles que peuvent laisser à leur suite les furoncles, les brûlures, la gale, la variole, les scrofulides et enfin toutes les dermatoses ulcéreuses ? De prime abord, la question semble difficile à résoudre et cependant il n'en est rien. Les stigmates spécifiques se différencient des autres, en effet, par plusieurs caractères qui sont les suivants : leur étendue et leur multiplicité, leur pigmentation bru-

nâtre, noirâtre ou noire, leur configuration arrondie ou polycyclique, en « *arceaux conjugués* » et enfin leur siège. Pour ce dernier caractère, il est certain qu'une cicatrice affectant le nez ou la gorge doit être considérée comme suspecte, car la syphilis a une prédilection toute marquée pour ces deux régions.

5° Stigmates testiculaires. — C'est là une classe de signes qui n'attirent pas l'attention quand on n'est pas prévenu et cependant il est hors de doute que l'hérédo-syphilis peut atteindre le testicule. Elle détermine ou une atrophie de l'organe, réalisant ce qu'on appelle chez l'adulte le « Sarcocèle syphilitique », ou un défaut de développement de l'organe (testicules infantiles). D'autres fois, on observe encore des ectopies testiculaires, de la cryptorchidie simple ou double.

6° Stigmates osseux. — Ils sont aussi d'une très grande importance et il nous faut les rechercher avec attention en cas de doute. C'est ainsi que nous apprendrons par l'interrogatoire que l'enfant a souffert, pendant assez longtemps, de douleurs profondes, localisées dans les os, à exaspération nocturne, et que l'on a imputées, soit à des troubles de croissance, soit au rhumatisme. Et bien, ici encore, il nous faut songer à l'hérédo-syphilis. En effet, l'examen du malade nous révélera souvent, dans ces cas, des difformités crâniennes dont nous avons déjà parlé ou des malformations portant sur les os des membres. C'est surtout le tibia qui doit être examiné, car il est « l'os révélateur par excellence ». Sa dia-

physe est souvent affectée et l'os subit une déformation spéciale décrite par les professeurs Fournier et Lannelongue sous le nom de « tibia en lame de sabre ».

A côté des stigmates osseux, il nous faut ranger les stigmates articulaires. Ce sont eux que nous étudierons spécialement.

7° Stigmates nerveux. — Les hérédo-syphilitiques sont souvent des nerveux et il n'est pas rare d'observer chez tous les symptômes du nervosisme, céphalée, convulsions, incontinence d'urine, bégaiement, tics, parfois de véritables névroses, épilepsie, hystérie et neurasthénie. D'autre part, ce sont parfois des êtres bornés comme intelligence, imbéciles, voire même idiots. Il n'est pas rare non plus de les voir atteints de dégénérescence morale et le docteur Barthélemy affirme que « c'est un fait commun de rencontrer des stigmates d'hérédo-syphilis chez les dégénérés criminels ».

8° Prédispositions morbides. — Il semble également que la syphilis héréditaire joue le rôle de cause d'appel pour certaines entités pathologiques, parmi lesquelles nous rangerons la diathèse hémorrhagique du jeune âge, l'hémoglobinurie paroxystique et la scrofulo-tuberculose.

9° Dystrophies. — Enfin, il est hors de doute que l'hérédo-syphilis ne produise des dystrophies de croissance, telles que le gigantisme et le nanisme. Elle a également une influence dystrophique sur les différents organes. Il nous suffira de mentionner ici

le rétrécissement mitral pur qui est le plus souvent une malformation hérédo-syphilitique.

Telle est la liste déjà longue et cependant bien incomplète des différentes manifestations de l'hérédo-syphilis. Comme on peut le voir, il n'est guère de fonctions que la spécificité respecte. « La syphilis est un fumier sur lequel germent toutes les pourritures » a dit Guéneau de Mussy.

Nous avons cru bon de rappeler brièvement ces différents stigmates, au début de notre travail, pensant qu'ils nous seraient d'un précieux concours pour établir notre diagnostic dans les cas douteux.

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Définition. — Classification

Nous avons intitulé notre travail : « Des ostéo-arthropathies de la syphilis héréditaire ». Ce mot d'arthropathies, nous ne l'avons pas employé au hasard et nous l'avons choisi préférablement à d'autres pour différentes raisons. Nous aurions pu, en effet, employer les termes de synovite, d'arthrite, d'ostéo-arthrite, mais nous leur avons préféré celui d'arthropathie. Et ceci, d'abord, parce qu'il est très général et qu'il ne préjuge en rien des lésions anatomo-pathologiques de l'affection. Nous sommes encore très incomplètement fixés quant à la nature exacte des désordres articulaires de la syphilis héréditaire et il nous semble absolument illogique de nous servir de mots à sens trop restreint. D'autre part, certains de ces termes et entre autres celui d'arthrite nous paraît d'autant plus mal choisi que, au point de vue clinique, le caractère fondamental

de cette affection est justement, dans la grande majorité des cas, l'absence de tout symptôme articulaire. « Si l'on prend en considération le début par les parties extérieures à la jointure et le peu d'intensité des signes fonctionnels, on est porté à donner à l'affection le nom d'arthropathie plutôt que celui d'arthrite syphilitique. » (Kirmisson, *Leçons sur les Maladies de l'Appareil locomoteur*. Paris, 1889. Leç. XIII, p. 201.)

Nous avons donc choisi avec Méricamp, Kirmisson et beaucoup d'autres le mot d'arthropathie, d'ostéo-arthropathie et nous le définirons avec Defontaine : « Tous les accidents dus à l'empoisonnement syphilitique portant sur ce qui constitue une articulation, à savoir : les extrémités osseuses, les cartilages, la synoviale et les ligaments. »

Quelles sont maintenant les différentes formes d'arthropathies et comment allons-nous les classer ? Ici encore, comme nous allons le voir, les divergences d'opinion sont nombreuses. Aussi, la classification que nous adopterons, n'aura d'autre but que de faciliter la description et nous ne prétendons pas l'imposer.

Les auteurs allemands divisent les arthropathies de la syphilis héréditaire en aigües ou subaigües et chroniques. La forme aigüe de l'affection serait caractérisée, d'après eux, par un début fébrile (39°), des douleurs articulaires très vives, surtout quand on cherche à faire exécuter quelques mouvements au membre malade, du gonflement, de la rougeur, de la chaleur des jointures qui s'emplissent de liquide.

Somme toute, ces différents signes cliniques reproduisent vraiment le type de l'arthrite aigüe. Hueter, Max Schüller, qui se sont spécialement occupés de la question, rapportent même plusieurs cas d'arthrite suppurée, imputables, selon eux, à la syphilis héréditaire. L'évolution de cette arthrite serait de deux mois environ, pouvant aboutir à la mort. Dans deux cas où l'autopsie a pu être pratiquée, un auteur italien, Somma, dit avoir trouvé un gonflement de la synoviale, un épanchement séro-purulent à l'intérieur de l'article et surtout du ramollissement et de la nécrose des cartilages.

En France, les auteurs n'admettent pas cette variété. Kirmisson et Jacopson pensent qu'il s'agissait, dans ces cas, soit de maladie de Parrot, soit d'arthrites suppurées d'origine non syphilitique. Ils concluent que la forme aigüe primitive de l'arthropathie hérédo-syphilitique n'est pas démontrée et que la suppuration n'a rien à voir avec la spécificité. Ils admettent cependant que sur la jointure atteinte il pouvait y avoir, antérieurement à l'arthrite aigüe, des lésions d'arthropathie spécifique ayant déterminé, au point lésé, un lieu de moindre résistance.

Restent donc les arthropathies chroniques que les auteurs étrangers divisent en :

Ostéo-arthropathie simple,
Hydarthrose double,
Ostéo-arthropathie déformante.

La deuxième variété, hydarthrose double, a surtout été décrite par un médecin anglais, Clutton

(*Symetrical synovitis of the Knee in hereditary syphilis. The Lancet.* 27 février 1886).

Pour lui, c'est une variété rare, se montrant de préférence entre l'âge de 8 à 15 ans, à début très lent et à évolution chronique. Il lui reconnaît quatre caractères :

1° L'hydarthrose double, siégeant d'habitude aux genoux qui sont pris successivement. La présence de liquide est très nettement révélée à l'exploration.

2° L'indolence fonctionnelle quand on fait exécuter au membre des mouvements passifs, l'absence de contractures et d'attitudes vicieuses.

3° L'intégrité, *tout au moins apparente*, des extrémités osseuses.

4° L'influence du traitement anti-syphilitique.

Ces caractères sont, comme nous le verrons, ceux des ostéo-arthropathies chroniques. Seule, l'intégrité, tout au moins apparente, des extrémités osseuses pourrait nous faire pencher en faveur d'une variété spéciale d'arthropathie, mais le professsur Fournier qui a étudié spécialement la question arrive à cette conclusion que « l'hydarthrose ne fait que masquer les tuméfactions osseuses dont elle n'est qu'un épiphénomène ». Très souvent, on trouve des hyperostoses douloureuses à la pression.

Reste, comme caractère spécial de cette variété, la symétrie. Nous ne pensons pas que ce soit suffisant pour en faire une catégorie à part et nous ferons rentrer l'hydarthrose double de Clutton dans notre première variété, qui est l'ostéo-arthropathie simple. Nous décrirons donc successivement :

1° Une ostéo-arthropathie simple, avec ou sans épanchement, qui simule la tumeur blanche (Pseudo-tumeur blanche de Fournier).

2° Une ostéo-arthropathie sèche, caractérisée par des déformations osseuses : l'arthropathie déformante.

Mais auparavant, il nous faut dire quelques mots de l'étiologie et de la pathogénie.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Le chapitre de l'étiologie et de la pathogénie est encore fort obscur.

L'on peut, toutefois, dire que les conditions étiologiques capables de produire l'éclosion des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire sont de deux sortes : les unes, de beaucoup les plus importantes, dépendent des parents ; les autres, beaucoup plus problématiques, agissant comme causes occasionnelles, sont représentées par l'âge, le sexe, la constitution des sujets. Il y a lieu également de tenir compte de certains facteurs secondaires, tels que le traumatisme et la fatigue.

Et d'abord, les parents ? On peut se poser, à leur égard, bien des questions, mais il n'est guère possible d'y répondre d'une façon générale, on ne peut le faire qu'en présence de cas particuliers. On peut se demander, par exemple, à quelle époque de sa syphilis en était arrivé le parent infecté quand il a procréé l'enfant porteur de manifestations articulaires hérédo-spécifiques.

Si nous compulsons les observations où les parents ont donné des renseignements, nous pouvons ré-

pondre que, dans la majeure partie des cas et surtout lorsque l'enfant n'a présenté des manifestations articulaires que dans la deuxième enfance ou dans l'adolescence, la syphilis, chez les parents, devait avoir dépassé la période secondaire. En effet, tout le monde connaît la succession et le sort des grossesses chez une femme syphilitique. C'est, à mesure qu'on s'éloigne des premiers temps de l'infection que se produisent, d'abord des avortements, puis des accouchements avant terme, des naissances d'enfants morts ou ne vivant que quelques jours, quelques mois, d'enfants porteurs dès les premiers jours de lésions secondaires, pemphigus, syphilides anales, et enfin d'enfants paraissant indemnes, mais pouvant présenter dans un délai plus ou moins rapproché des manifestations hérédo-spécifiques.

C'est le cas des arthropathies qui, si elles peuvent se montrer chez des sujets très jeunes (à onze jours, comme dans une observation d'ailleurs douteuse de Kirmisson et Jacopson), apparaissent plutôt à un âge plus avancé.

Il est évident, d'autre part, qu'un traitement bien suivi par les parents a une influence énorme sur le sort des enfants, non pas que ces derniers échappent forcément à l'hérédo-syphilis, mais l'infection peut, chez eux, rester latente un certain temps et ne se manifester que plus tard. Ricord disait à ce sujet : « Des parents syphilitiques ont subi un traitement approprié ; chez eux, la syphilis sommeille, ce qui ne les empêchera pas de procréer des enfants syphilitiques ; cela se voit tous les jours. Les parents

doivent leur immunité momentanée au traitement qu'ils ont subi ; ils peuvent n'être plus aptes qu'aux accidents tertiaires et ces accidents ne se montreront peut-être jamais ; il peut se faire aussi que l'enfant naissant dans ces conditions participe à l'immunité des parents ; il a subi l'influence du traitement et, bouture détachée, il n'est plus apte non plus aux accidents secondaires, mais il reste exposé aux accidents tertiaires, et ces accidents pourront se manifester d'emblée à une grande distance de la naissance ».

Il n'est pas non plus impossible que la constitution des parents, leur genre de vie aient une influence plus ou moins directe et marquée.

Il nous reste maintenant à examiner les causes occasionnelles et deux surtout doivent retenir notre attention. Nous avons nommé le traumatisme et la fatigue.

Les traumatismes, coups ou chutes, sont-ils parfois la cause de l'éclosion des manifestations articulaires ? A cette question, il n'est guère possible de répondre d'une façon franchement affirmative, car les nombreuses observations que nous avons parcourues ne nous ont pas fait voir de relation directe entre un traumatisme et l'apparition d'une arthropathie spécifique, sauf une observation de Percy Paton (*Brith. med. Journal.* 1903, p. 1389) et encore il s'agissait de syphilis acquise. Il est cependant très naturel de supposer que le traumatisme puisse agir comme il le fait pour la tuberculose, en fixant le virus syphilitique dans les articulations.

On peut également penser que la fatigue, les longues stations debout jouent le rôle de causes favorisant l'apparition des arthropathies et cette hypothèse est d'autant plus raisonnable que, dans la majeure partie des cas, c'est le genou qui est frappé. D'ailleurs, nos malades n'ayant conservé la notion d'aucun traumatisme, rapportent presque toujours leur lésion à la fatigue. C'est le cas, notamment, du malade de l'observation III de la thèse de Dureuil, garçon boucher, âgé de 14 ans, qui croit que ses souffrances ont été causées par les fatigues de son état qui l'oblige à se tenir constamment debout.

Nous ne dirons pas grand'chose ici de l'âge et du sexe, nous réservant de le faire quand nous étudierons les différentes variétés d'arthropathies. Qu'il nous suffise de dire que les deux sexes nous semblent également frappés et que la seconde enfance et la puberté sont certainement les deux époques où l'on observe le plus fréquemment les manifestations articulaires.

Nous terminerons ces courtes notions d'étiologie en ajoutant que pour la syphilis comme pour toutes les autres antres infections, tuberculose, en particulier, une mauvaise hygiène, des excès, des émotions morales, certaines phases critiques, telles que la puberté, le mariage et l'accouchement peuvent favoriser le développement des arthropathies spécifiques.

La pathogénie est encore plus obscure que l'étiologie. Nous pouvons cependant affirmer, répétant ce que nous avons dit lors de notre classification, que l'arthrite syphilitique primitive n'est pas plus démon-

trée dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, si l'on entend par arthrite toute affection qui frappe les cartilages articulaires et la synoviale. Tout ce que l'on peut dire, c'est que très probablement c'est dans l'épiphyse ou dans le cartilage de conjugaison que siège la lésion primitive. « Comme dans la syphilis acquise, les arthropathies ne sont guère que des épiphénomènes des lésions osseuses de l'épiphyse ou d'autres lésions juxta-articulaires. » (Fournier, *Syph. héréditaire tardive*, ch. XVI, p. 311.) Et c'est pourquoi, au simple terme d'arthropathie, nous avons préféré celui d'ostéo-arthropathie, voulant marquer par là que antérieurement aux manifestations articulaires, il existait dans l'épiphyse osseuse des lésions spécifiques.

OSTÉO-ARTHROPATHIE CHRONIQUE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE AVEC OU SANS ÉPANCHEMENT

(*Pseudo-tumeur blanche de Fournier*)

Fréquence. — L'ostéo-arthropathie chronique est une affection encore assez fréquente. Güterbock qui en a colligé de nombreuses observations prétend que sur 300 enfants hérédo-syphilitiques âgés de moins de cinq ans, un enfant présente des manifestations articulaires. C'est une proportion certainement trop forte si l'on pense que l'auteur allemand avait rangé dans sa statistique tous les cas de maladie de Parrot. Mais, d'autre part, il faut bien se dire qu'il est bon nombre de cas ignorés et traités comme tuberculose.

Apparition. — La date d'apparition est très variable. C'est ainsi que dans une observation, d'ailleurs sujette à caution, de Kirmisson et Jacopson, le petit malade n'avait que onze jours et dans une autre recueillie par Mannino, il s'agissait d'un adulte de

27 ans. Mais, entre ces deux extrêmes, nous notons : 27 mois (Kirmisson et Jacopson), 3 ans (Dureuil), 4 ans (Méry), 4 ans et demi (K. et J.), 7 ans et demi (Gelma), 9 ans (Frœlich), 11 ans (Dureuil), 12 ans (Apert), 13 ans (Frœlich), 14 ans (Dureuil), 15 ans (Spillmann), 16 ans (Frœlich), 17 ans (Spillmann), 20 ans (Rolland).

C'est donc une affection de tous les âges, mais qui semble cependant avoir une prédilection comme nous l'avons déjà dit, pour la deuxième enfance et l'adolescence.

Siège. — L'arthropathie spécifique peut atteindre toutes les articulations, mais elle affecte une préférence marquée pour certaines et surtout pour celle du genou. Après, mais beaucoup plus rarement, nous l'observons au coude, à la hanche et à l'articulation tibio-tarsienne. Sur 40 cas réunis par Fouquet (*Th. Paris*, 1905), on note le genou 12 fois, les deux genoux 13 fois, le coude 8 fois, la hanche 2 fois, l'articulation tibio-tarsienne 1 fois, plusieurs articulations 5 fois. Dans les 6 observations nouvelles que nous apportons dans notre thèse, nous notons 3 fois les deux genoux une fois un seul genou et deux fois plusieurs articulations.

La fréquence avec laquelle les deux genoux sont attaqués simultanément ou successivement, avait incité un auteur anglais, Clutton, à créer une variété spéciale d'arthropathie : l'hydarthrose double. Nous avons dit plus haut ce que nous en pensions.

Symptomatologie. — Le début est sourd, insidieux, sans aucun appareil fébrile. Quand l'affection est installée, deux symptômes primordiaux frappent de suite l'attention du clinicien : l'indolence fonctionnelle et l'augmentation de volume des extrémités osseuses articulaires.

a) *Indolence fonctionnelle.* — C'est le symptôme fondamental, sinon constant, de la pseudo-tumeur blanche. Il est curieux de voir avec quelle facilité l'on fait exécuter à l'articulation malade tous les mouvements de flexion et d'extension. L'on voit souvent les malades marcher, courir, se fatiguer toute la journée avec un genou énorme, quelquefois doublé de volume. C'est le cas de l'observation I de Dureuil, où l'enfant continue à marcher et à jouer et vient consulter à pied de Levallois-Perret à Saint-Louis. C'est le cas également de l'observation I de notre thèse, où notre malade était tellement peu gênée par la tuméfaction de ses deux genoux, qu'il était impossible d'obtenir d'elle qu'elle ne se fatigue pas. Sonnenburg (*Berliner medic. Gesellsch.*, 25 juin 1884) raconte qu'il a soigné les enfants de vieux soldats qui avaient contracté la syphilis en Algérie : ces enfants présentaient souvent des arthropathies indolentes. Grâce à ce seul signe, le diagnostic de syphilis pouvait être posé. Si l'enfant présente parfois une légère claudication, elle n'est pas imputable, comme dans la coxalgie, à la douleur, mais à la déformation du genou.

C'est donc là un signe très important, mais qui n'est malheureusement pas constant. En effet, les

malades se plaignent parfois de douleurs ostéocopes, à exacerbations nocturnes, siègeant aux environs de l'articulation malade : peut-être s'agit-il, dans ces cas, d'une forme spéciale débutant par de l'arthralgie. D'autres fois encore, les mouvements provoqués sont très douloureux, comme dans une observation de Morel-Lavallée (*Union Médicale*, 3 mai 1888) où tout mouvement arrache des cris, l'extension étant absolument impossible, tandis qu'on peut, tant soit peu, augmenter la flexion.

Enfin, il faut bien savoir que si, dans la majorité des cas, l'indolence fonctionnelle est complète, la douleur à la palpation peut exister.

b) *Augmentation de volume des extrémités osseuses articulaires.* — Ce second symptôme ne manque dans aucune des observations que nous avons pu parcourir. A la palpation, il est facile de s'assurer que les os sont augmentés de volume. Ils offrent la sensation d'une tuméfaction dure, osseuse, généralement indolente. Cette hyperostose est lisse, régulière, sans saillies et sans rugosités appréciables. Elle siège sur l'épiphyse qui est gonflée en totalité ou en partie. D'autres fois, la tuméfaction remonte vers la diaphyse de l'os en suivant l'une des crêtes osseuses normales, crête du tibia, ligne âpre, bord supérieur du cubitus, ou encore, l'un ou les deux os voisins sont augmentés de volume dans toute l'épaisseur de la diaphyse, sur une longueur variable d'environ huit a dix centimètres (Dureuil).

A. Richet insista sur ce fait que souvent une seule extrémité osseuse est atteinte, tandis que, dans la

tuberculose, les deux épiphyses se prennent rapidement.

A côté de ces deux symptômes fondamentaux, il nous faut mentionner toute une série de signes secondaires et moins fréquents.

Et d'abord l'*hydarthrose*. Elle est constante quand la tuméfaction des épiphyses a acquis un volume notable et elle disparaît en même temps que l'hyperostose épiphysaire sous l'influence du traitement. Elle donne, à la palpation, la sensation d'une tumeur molle, fluctuante. L'épanchement, en général, n'est pas très abondant, mais quand il atteint un certain volume et qu'il siège au genou, il n'est pas rare d'obtenir le choc rotulien. On trouve en même temps, souvent, de l'empâtement du cul-de-sac sous-tricipital de la synoviale, douloureux à la pression en dehors. Le liquide, recueilli par ponction, est séreux, limpide et visqueux.

La palpation permet aussi, dans quelques cas, de se rendre compte de l'*épaississement de la synoviale*, localisé ou généralisé. C'est ce que le professeur Fournier appelle « le blindage de l'articulation ». L'épaississement localisé de la synoviale se rencontre beaucoup plus fréquemment que l'épaississement total ; il donne la sensation de plaques, d'une consistance parfois cartilagineuse, affectant surtout les points de réflexion de la synoviale et en particulier le cul-de-sac sous-tricipital. Par contre, l'exploration de l'articulation ne révèle jamais la présence de fongosités.

Les téguments avoisinant l'articulation ont con-

servé leur intégrité : ils ne sont ni rouges, ni chauds, ni empâtés, ni œdémateux. La température du membre malade n'est pas supérieure à celle du membre sain. On constate quelquefois l'existence d'un réseau veineux superficiel très développé, mais moins apparent que dans l'arthrite tuberculeuse, où la peau a subi une modification de consistance. Enfin, il n'est pas rare d'observer de l'atrophie musculaire, surtout marquée au-dessus de l'articulation.

Les contractures et attitudes vicieuses sont extrêmement rares. La peau peut-être quelquefois le siège de fistules provenant de l'évacuation d'une gomme épiphysaire, mais ces fistules s'observent beaucoup plus rarement que dans la vraie tumeur blanche.

L'état général des malades est relativement bon. La fièvre est absente ou peu marquée, l'appétit est conservé. En tout cas, l'on n'observe jamais les grandes oscillations thermiques, si fréquentes chez les tuberculeux.

L'évolution est assez longue, de deux à douze mois, avec une moyenne de six mois. La maladie se termine en général par la guérison, surtout si le traitement spécifique a été institué de bonne heure ; l'ankylose en bonne position que l'on recherche tant dans la tumeur blanche n'a jamais été observée dans l'arthropathie spécifique. Le malade guérit ordinairement avec disposition de tous les symptômes morbides et conservation des mouvements de flexion et d'extension.

On a signalé cependant, mais à titre de complications extrêmement rares, des fractures spontanées,

l'ouverture d'une gomme dans une articulation, des arthrites suppurées et enfin le décollement épiphysaire survenant dans le jeune âge et mentionné par Lewin, Pellizari et Maffani.

Enfin, l'arthropathie peut se compliquer d'une infection secondaire (tuberculose, ostéomyélite, blennorrhagie), appelée par la lésion antérieure de l'articulation. Il n'existe cependant aucun fait probant de cette complication.

Anatomie pathologique. — La première description anatomo-pathologique est celle de Méricamp, puis viennent celles de Schüller, de Gies et de Gangolphe. Les différentes autopsies qui ont pu être faites se rapportent à des arthropathies de la syphilis acquise, sauf peut-être l'observation V de Gangolphe, où il s'agissait fort probablement de syphilis héréditaire. Mais il est permis de croire que les lésions tertiaires présentent, au point de vue anatomo-pathologique pur, une identité à peu près complète, qu'elles soient congénitales ou acquises. La description que nous allons en donner est empruntée en majeure partie à Gangolphe.

L'évolution anatomo-pathologique peut-être divisée en trois périodes :

a) *Période du début.* — La lésion primitive se montre dans la région épiphysaire d'un os long, quelquefois dans la région juxta-épiphysaire. Cette lésion primitive est une gomme qui se développe sourdement sans aucun signe extérieur. Les parties constituantes de l'articulation sont encore indemnes

et il est nécessaire de fendre l'extrémité articulaire pour trouver la lésion. Sur cette extrémité articulaire sectionnée, le syphilome se présente sous la forme d'un noyau de dimensions variables, d'aspect gélatineux, avec de petits points bientôt caséeux, jaunâtres au centre, rosés à la périphérie. Autour de ce syphilome, le tissu osseux est raréfié, mais il s'établit de suite une zône de défense, une « barrière ostéofibreuse », comme dit Gangolphe.

Au microscope « cette masse néoplasique parait constituée par une trame fibrillaire fine en certains points et fibreuse en d'autres. Elle contient dans ses mailles une grande quantité d'éléments cellulaires en voie de désintégration granuleuse, et çà et là quelgues foyers hèmorrhagiques, plus marqués à la périphérie où la vascularisation est plus active ; disséminés au milieu du tissu gommeux, des fragments osseux en voie de disparition et présentant des lacunes de Howship. »

Le *cartilage diarthrodial* est atteint de chondrite, des ulcérations, des pertes de substances se font, dont quelques-unes seront comblées en partie par du tissu fibreux cicatriciel.

Si la lésion s'accroît, l'ostéite raréfiante et la chondrite augmentent, et le cartilage perforé laisse communiquer le foyer néoplasique avec la cavité articulaire.

b) *Période d'état.* — L'ulcération épiphysaire s'accroît de plus en plus, mais plutôt en surface qu'en profondeur. La synoviale, jusque là intacte, s'enflamme, s'épaissit et il se forme un épanchement.

Le liquide épanché est peu abondant ; d'abord séreux, il devient séro-purulent, trouble, floconneux, roussâtre et purulent.

Les ligaments, généralement intacts, ne sont guère atteints que dans les cas où l'altération gommeuse s'attaque à leurs insertions sur l'épiphyse.

La synoviale est dure, épaissie, très vasculaire, avec tendance à la sclérose, sans endartérite oblitérante comme dans la tuberculose.

e) *Période de guérison.* — Spontanément, très rarement, mais plus souvent sous l'action du traitement, l'affection marche vers la guérison. L'ostéite raréfiante cesse pour faire place à l'ostéite condensante ; le syphilome cesse d'évoluer, est étouffé, mais il persiste et les pertes de substances osseuses et cartilagineuses font que les os sont irréguliers, déformés, mamelonnés. La synoviale, n'étant plus irritée, permet la résorption du liquide qu'elle contenait et tout rentre dans l'ordre.

Il est intéressant de noter les différences anatomopathologiques entre l'ostéo-arthropathie syphilitique et l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Dans la syphilis, il n'y a pas de nécrose étendue, pas de territoires osseux éburnés, blancs, jaunâtres, c'est-à-dire d'infiltration puriforme, il n'y a pas de caséification, pas de suppuration (en général), il n'existe pas de séquestre appréciable, le cartilage diarthodial reste partout adhérent au tissu spongieux sous-jacent ; la synoviale et les ligaments ne présentent aucune fongosité.

« Au point de vue histologique, l'absence de follicules tuberculeux, d'endartérite oblitérante, l'existence d'une trame fibrillaire en voie de transformation fibreuse sur certains points, serviront à établir le diagnostic. »

D'autre part, les lésions de l'arthropathie syphilitique diffèrent de celles de l'arthrite chronique rhumatismale par se fait que dans celle-ci, en général, il y a production énorme de tissu osseux et cartilagineux, et non destruction des surfaces articulaires.

Enfin, il nous faut dire pour terminer que divers observateurs, Gies, Schüller, Virchow ont signalé des faits de chondrite syphilitique, mais ils ne disent pas s'il s'agit là de chondrite primitive ou de chondrite symptomatique d'une altération gommeuse sous-jacente.

OBSERVATIONS

Nous ne relaterons pas toutes les observations qui ont paru jusqu'à présent, nous contentant d'en choisir quelques-unes des plus suggestives. Nous en apporterons six nouvelles, dont deux recueillies dans le service de notre maître, le professeur Spillmann ; nous devons les quatre autres à l'obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich.

OBSERVATION I

Syphilis héréditaire. — Gommes spécifiques du bras droit et du voile du palais. — Double ostéo-arthropathie des genoux avec hydarthrose.

(Observation de la Clinique de M. le professeur Spillmann)

J... E..., jeune fille de 17 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — La malade ne se souvient pas de son père.

Sa mère serait morte de bacillose pulmonaire à l'âge de 33 ans. Pas de frères et sœurs.

Antécédents personnels. — Au mois de juin 1908, la malade est entrée à la clinique de M. le professeur Rohmer, présentant un staphylome antérieur de l'œil gauche. Elle y est restée deux mois et a subi l'énucléation totale de cet œil gauche.

Le 26 octobre 1908, elle est rentrée à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Spillmann (salle 14) pour des quintes de toux dont elle se plaignait depuis deux mois : on a constaté à ce moment une induration du sommet droit. En même temps elle présentait à la face interne du bras droit, une tumeur arrondie, de la taille d'une mandarine qui, pendant son séjour à l'hôpital, s'est ouverte et a laissé s'écouler un pus jaune, filant, en quantité médiocre. On avait porté au début le diagnostic de gomme tuberculeuse.

Cependant, huit jours après, on a institué le traitement spécifique. La malade a eu pendant 7 jours une injection quotidienne d'Hermophényl. A la suite de ces injections, la lésion du bras a rétrocédé. Néanmoins, notre malade a continué à prendre pendant un mois de la liqueur de Van Swieten.

Au début du mois de décembre, la malade éprouvant une dysphagie progressive, on a constaté la présence d'une gomme occupant la luette et le voile du palais. Après 4 injections d'huile grise, la lésion s'est cicatrisée, mais la luette a disparu.

La malade n'a plus rien éprouvé jusque vers le 25 mars, époque à laquelle elle s'est aperçue que ses deux genoux étaient tuméfiés.

Etat actuel. — Jeune fille de taille moyenne, blonde, d'aspect lymphatique. Elle est réglée régulièrement. On ne relève pas de stigmates bien nets d'hérédo syphilis. Cependant les dents sont mal plantées et déformées. La malade n'a jamais eu d'écoulement d'oreille. Les tibias ne sont pas hyperostosés, mais les bosses frontales sont quelque peu exagérées.

Articulations des genoux. — Les genoux, dans l'ensemble, sont globuleux : le gonflement est surtout marqué au-dessus de la rotule. A la palpation, on note une augmentation de volume de l'extrémité inférieure du fémur. Le phénomène du choc rotulien est net des deux côtés. Les téguments ne sont pas modifiés, la pression ne détermine pas de douleur, mais la marche est quelque peu difficile et la malade se fatigue rapidement.

Voici quelles sont les dimensions actuelles des genoux (circonférences) :

Genou gauche : au niveau du pôle inférieur de la rotule	30 cent.
au niveau du pôle supérieur de la rotule	34 »
4 centimètres au-dessus de la rotule (circonférence maxima)	35 »
Genou droit : au niveau du pôle inférieur de la rotule	30 »
au niveau du pôle supérieur de la rotule	34 »
Circonférence maxima	36 »

Appareil respiratoire. — Actuellement, la malade ne tousse plus : l'auscultation des poumons ne donne pas de signe d'induration des sommets.

Diagnostic. — Ostéo-arthropathie double des genoux avec hydarthrose, d'origine syphilitique héréditaire.

Traitement. — Le 27 mars, injection d'huile grise (une demi-seringue).

Les 28, 29 et 30 mars, frictions sur les genoux avec de l'onguent napolitain.

Le 30 mars, la malade a trouvé dans ses selles quelques lambeaux muqueux sanguignolents. On cesse les frictions et, le 2 avril, les selles ne présentaient plus rien d'anormal.

2 avril. — Le gonflement du genou droit a presque complètement disparu : il en est de même pour la gêne des mouvements. Le genou gauche ne semble pas sensiblement amélioré.

8 avril. — Injection d'huile grise. VI gouttes

20 avril. — idem.

A ce moment, le genou droit est revenu à ses dimensions normales et le genou gauche ne présente plus qu'un très léger gonflement.

L'état général est très satisfaisant.

Le 7 juin, la malade part pour Rosières. L'hydarthrose est

à peu près complètement résorbée : la malade a reçu une série de 7 injections de VI gouttes d'huile grise.

Depuis, nous n'avons pas eu l'occasion de revoir notre malade.

OBSERVATION II

Syphilis héréditaire. — Osté-arthropathie double des genoux avec hydarthrose

(Observation de la Clinique de M. le professeur Spillmann)

Au moment de publier notre travail, il nous a été donné d'examiner le cas de ce jeune garçon hérédo-syphilitique :

L.... M ..., 15 ans, apprenti épicier, entre le 4 mars 1910 à la clinique de M. le professeur Spillmann.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort, il y a 2 ans, à l'âge de 43 ans, d'accidents nerveux. Il aurait, en effet, à l'âge de 18 ans, contracté la syphilis qui fut reconnue dans la suite par des médecins. Dans les 3 années qui précédèrent sa mort, le malade avait perdu la raison, sa voix était tremblotante, ses jambes ne le soutenaient plus. Enfin, il serait mort en pleine cachexie, perdant ses urines et ses matières, incapable de s'alimenter lui-même.

La mère du malade fut traitée par des injections intra-fessières. Actuellement elle se plaint surtout de douleurs gastriques.

Le malade a 4 frères et sœurs :

Le 1er enfant mourut à l'âge de 6 mois, de congestion (?).

Le 2e » est notre malade.

Le 3e » (13 ans), fut soigné au service de M. le professeur Rohmer pour des troubles oculaires, consistant surtout en diminution de la vision et de photophobie. On lui fit des piqûres et des frictions mercurielles.

Le 4e enfant (fille de 11 ans) et le 5e enfant (garçon de 10 ans) sont bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade a eu la rougeole pendant son enfance.

A l'âge de 7 ans, il fut pris de douleurs dans les jambes, douleurs localisées surtout aux genoux, et pour lesquelles il dut rester 15 jours au lit. Il était, dit-il, comme paralysé.

Maladie actuelle. — Depuis décembre dernier, le malade se plaint de douleurs ayant débuté dans le genou gauche, et qui furent suivies, 15 jours après, de nouvelles douleurs dans l'autre genou.

Ces douleurs se faisaient sentir surtout la nuit et s'accompagnaient parfois d'irradiation vers l'extrémité du membre.

Il y a 15 jours, le malade ressentit également quelques douleurs dans l'épaule gauche.

Bien qu'il n'ait pas quitté son travail, il ne peut pas porter de lourdes charges et la fatigue accroît ses douleurs.

Etat actuel. — Malade à l'aspect vigoureux, de constitution robuste. L'état général est très satisfaisant. Il n'y a pas de fièvre.

Le malade ne présente aucune tare apparente d'hérédosyphilis. Les dents sont bien plantées. Il n'y a pas de troubles oculaires : cependant le sujet ne voit pas très bien de loin. Le malade n'a jamais eu d'écoulement d'oreilles. Les bosses frontales ne sont pas saillantes, les tibias ne sont pas en lame de sabre.

Articulations des genoux. — Les genoux sont globuleux. Le genou gauche est surtout augmenté de volume. Les extrémités osseuses ne paraissent pas hypertrophiées, ni déformées. La rotule est très mobile et le phénomène du choc rotulien est très net des deux côtés, démontrant l'existence d'un épanchement articulaire assez abondant. Cet épanchement se traduit d'autre part, à la palpation par de la fluctuation : il semble remonter dans le cul-de-sac sous-tricipital.

Voici quelles sont les dimensions des 2 genoux :

Genou gauche. — Circonférence sus-rotulienne : 34 centimètres.

Circonférence médio-rotulienne : 35 centimètres.

Circonférence sous-rotulienne : 32 centimètres.

Genou droit. — Circonférence sus-rotulienne : 33 centimètres.

Circonférence médio-rotulienne : 34 centimètres.

Circonférence sous-rotulienne : 31 centimètres.

Le malade se plaint de douleurs spontanées, ainsi que de douleurs à la pression, surtout au niveau des condyles fémoraux internes. Les mouvements de flexion et d'extension du membre inférieur sont très peu limités, mais déterminent un peu de douleur.

Appareil respiratoire. — A l'âge de 1 an, le malade a eu une bronchite qui se répéta tous les ans, jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans.

Depuis, le malade tousse toujours un peu, surtout au printemps. Actuellement, il crache un peu. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

L'examen des sommets des 2 poumons ne nous révèle rien de particulier.

L'examen des autres appareils ne nous montre rien à signaler.

Diagnostic. — Ostéo-arthropathie double des genoux, avec hydarthrose, d'origine spécifique héréditaire.

Traitement. — Injections de bi-iodure. Une injection de 2 cent. cubes, soit 2 centigr. de bi-iodure tous les 2 jours.

Le 16 mars, soit 12 jours après l'entrée de notre malade, les douleurs sont beaucoup moins vives, l'hydarthrose a notablement diminué. La mensuration des genoux ne donne pas encore de diminution très appréciable (1/2 centimètre sur toutes les circonférences).

Le 23 mars, l'amélioration s'est maintenue, le liquide est beaucoup moins abondant. Cependant le choc rotulien est encore obtenu des deux côtés.

OBSERVATION III

Syphilis héréditaire. — Ostéo-arthropathies spécifiques multiples

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Frœlich)

Garçon de 13 ans, fils d'un boucher, nous est envoyé le 6 février 1906.

Le malade se présente avec des douleurs dans la hanche droite qui est fléchie, en abduction et rotation externe.

Le sujet présente des bosses frontales caractéristiques et des dents d'Hutchinson.

Traitement spécifique. — Frictions mercurielles pendant 42 jours, avec une interruption tous les 7 jours. Le 7e jour, grand bain. On employait 4 grammes de pommade mercurielle pour chaque friction.

Guérison complète au bout de 3 mois.

Le jeune homme revient en mars 1907, c'est-à-dire environ un an après. La hanche est restée guérie, mais il est survenu des douleurs dans les articulations métatarso-phalangiennes gauches.

Le gros orteil est en hallus valgus. Toutes les articulations métatarso-phalangiennes sont gonflées et douloureuses à la pression. Il existe un pied plat double. A droite, il y a des douleurs à la pression sur l'astragale et le cuboïde. Il existe du gigantisme des membres inférieurs.

Nouveau traitement spécifique et guérison en 4 mois.

Le père de l'enfant a été opéré sur ces entrefaites pour un anévrysme spontané de la poplitée.

OBSERVATION IV

Rhumatisme polyarticulaire spécifique

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Frœlich)

Garçon de 21 ans nous est adressé le 28 avril 1908.

Depuis 5 ans, le sujet ressent des douleurs articulaires multiples au niveau des 2 poignets, des 2 cous-de-pied et des 2 genoux. Les deux poignets sont gonflés irrégulièrement, avec des bosselures isolées. Aux 2 cous-de-pied, le gonflement semble surtout périosté. Les 2 genoux, augmentés de volume, sont remplis de liquide. Choc rotulien.

Le sujet se plaint d'avoir de la difficulté à fermer et à étendre la main. Les 2 tibias sont hyperostosés. Il existe une légère surdité. Le malade aurait eu mal aux yeux étant jeune et on lui aurait fait des piqûres. Il n'y a pas de dents d'Hutchinson.

Traitement. — Frictions mercurielles, de 5 grammes chacune, pendant 3 mois.

Le sujet est considérablement amélioré. Les genoux et les cous-de-pied sont guéris. Les poignets restent douloureux. On ajoute un traitement ioduré. Le malade n'a été revu qu'une fois au bout de 4 mois.

OBSERVATION V

Ostéo-arthropathie du genou gauche avec hydarthrose
Hyperostose des 2 tibias

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Frœlich)

H... E..., 20 ans, nous est envoyé de la Haute-Marne.

Il a été réséqué du genou droit, il y a 3 ans, pour une lésion persistante dont nous ignorons la nature, mais qui s'accom-

pagnait de gonflement, de boîterie, et était très peu douloureuse.

Depuis 6 mois, le genou gauche est pris également.

Bon état général. Les tibias sont hyperostosés. Il y a une taie de la cornée, datant de l'enfance, à un moment où les yeux ont été affectés.

Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux dans la famille.

Le genou est gonflé, les extrémités osseuses sont quelque peu hyperostosées et douloureuses à la pression, surtout sur le condyle fémoral interne.

Il y a un gros épanchement de liquide, mais ce liquide est peu tendu, ne donne pas la sensation vraie de fluctuation, mais plutôt la sensation de ballottement, de tremblement.

Les dents sont très mauvaises, mais il n'y a pas de lésions caractéristiques.

Traitement. — Injections d'huile grise.

Au bout de 3 mois, le gonflement a complètement disparu.

OBSERVATION VI

Ostéo-arthropathie double des genoux avec hydarthrose. — Tibias en lame de sabre. — Hyperostose des 2 cubitus. — Dents d'Hutchinson.

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich)

E... M..., 9 ans, de Pont-à-Mousson, nous est envoyé par M. le docteur Renauld.

L'enfant est atteint depuis un an d'un gonflement peu douloureux des 2 genoux.

L'immobilisation continuée pendant un mois ne donne pas de résultat.

Les 2 genoux sont fortement augmentés de volume. Genu valgum très prononcé, surtout à gauche.

Les tibias sont en lame de sabre. Les 2 cubitus sont hyperostosés. Dents d'Hutchinson.

La ponction des deux genoux ramène un liquide citrin, légèrement filant, avec quelques grumeaux de fausses membranes.

Traitement. — Compression et immobilisation pendant un mois.

Frictions journalières de 4 grammes avec la pommade mercurielle, 1 gramme de KI par jour.

Au bout de 2 mois, le liquide ne s'est pas reproduit et l'enfant marche facilement.

OBSERVATION VII

Syphilis héréditaire. — Hyperostose du tibia droit. — Pseudotumeur blanche syphilitique du genou gauche. — Hydarthrose consécutive.

(Observation de la thèse de Dureuil)

O... Léon, 11 ans, soigné en 1880 dans le service de M. le professeur Fournier, hôpital Saint-Louis. Entré le 25 février 1880. Bonne santé antérieure, n'a jamais fait aucune maladie et n'est porteur d'aucune manifestation scrofuleuse.

Sa mère raconte qu'à l'âge de six semaines, cet enfant qui, jusqu'alors avait été très beau et très vigoureux, se mit à dépérir et fut pris de diarrhée. Elle constata, avec grande inquiétude, des ulcérations périnéales qui résistèrent pendant un certain temps à tous les soins. D'après les détails donnés par cette femme, on peut penser qu'il s'agit là d'une manifestation syphilitique, sans cependant être en droit de l'affirmer positivement.

« M. Bouchut le traita pendant quelque temps avec une cuillerée à café d'une eau claire et salée », dit la femme qui ne put donner d'autres détails. Quoiqu'il en soit, au bout de quelques jours l'enfant reprend le santé et l'embonpoint.

Aujourd'hui c'est un enfant vif, intelligent, n'ayant jamais été malade depuis les premiers accidents que nous venons de citer et n'offrant pas le moins du monde l'aspect d'un scrofuleux. La santé était bonne, malgré la nourriture souvent insuffisante, lorsqu'il y a deux ans, jouant avec des camarades, il reçut, à ce qu'il raconte, un coup violent sur la partie supérieure de la jambe droite. Ce coup marqua le début de l'affection osseuse qu'il porte à la jambe droite. La jambe devint rouge, enflée ; l'enfant cacha son état, de crainte d'une correction. Le volume du tibia augmenta pendant un an et alors l'enfant se décida à le montrer à sa mère, car alors existaient à la surface de la tuméfaction osseuse trois plaies dont les souffrances l'obligèrent à se plaindre.

Les soins médicaux guérirent ces plaies, sauf à la partie supérieure, où il resta un point qui ne pouvait se cicatriser. Cette petite plaie fut le point de départ d'une ulcération que l'on voit encore aujourd'hui et qui n'eut jamais d'autres caractères.

Il y a six semaines il constata, sans pouvoir se l'expliquer autrement que par la fatigue, n'ayant reçu aucun coup, que son genou gauche, qu'il avait remarqué être volumineux depuis quelque temps, venait d'augmenter considérablement de volume dans un laps de temps assez restreint. Comme il ne ne souffrait pas, que ses jeux n'étaient pas interrompus, il aurait gardé le silence si l'ulcération de la jambe droite, par la douleur qu'elle lui occasionnait, ne l'avait obligé à parler. Cette augmentation de volume était due à un épanchement articulaire. Le malade resta six semaines sans traitement.

Du côté du membre gauche, on constate que l'articulation du genou est volumineuse et que cette augmentation qui atteint le fémur et le tibia à leurs extrémités donnent à la jointure un aspect caractéristique ; malgré cela, la peau est parfaitement intacte dans toute son étendue. En mesurant les dimensions de la tumeur, le membre étant dans l'extension complète, on trouve : pour le diamètre médio-rotulien, 30 centimètres ; sous-rotulien, 26 ; sus-rotulien, 27. Si l'on cherche

à se rendre compte des causes de cette augmentation considérable, l'on constate qu'elle tient, d'une part, à ce que l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia sont tuméfiées ; que cette tuméfaction qui est absolument lisse, sans rugosité aucune, tout d'une venue, en un mot, donne au toucher absolument la sensation d'une résistance osseuse ; il n'y a pas de doute possible, on est en présence d'une hyperostose des extrémités tibiale et fémorale. L'hyperostose tibiale a une longueur de 7 centimètres ; la fémorale mesure 6 centimètres. C'est surtout sur les condyles internes tibiaux et fémoraux que cette hyperostose est très manifeste. Ils sont d'une façon très évidente, plus volumineux que les condyles externes qui, d'ailleurs sont plus volumineux qu'à l'état normal. L'augmentation de volume de l'articulation dans sa masse tient, d'autre part, à la présence d'un épanchement articulaire.

Cette hydarthrose qui, comme nous l'avons dit, remonte à six semaines et qui est, par suite, consécutive à l'hyperostose des extrémités articulaires, n'est plus aujourd'hui, aussi considérable qu'elle l'était à cette époque. Lorsque le membre est dans l'extension complète, la rotule qui, d'ailleurs, a conservé son volume normale et sa mobilité, est éloignée des condyles fémoraux d'un peu moins d'un centimètre. Malgré cela, l'épanchement articulaire est très nettement sensible. On ne constate pas dans toute la tumeur, la moindre trace de fongosités. La synoviale et les tissus péri-articulaires ne sont ni épaissis ni indurés, l'exploration ne provoque aucune douleur dans toute l'étendue de la masse morbide.

Les mouvements de l'articulation sont entièrement libres. Le malade, depuis les débuts des premiers symptômes, s'est toujours servi de son membre comme s'il était sain ; il boîte cependant un peu ; mais il est capable de supporter une longue course, car il est venu à pied de Levallois-Perret à Saint-Louis.

Après l examen des lésions qui viennent d'être décrites, cette arthropathie ne peut avoir qu'une origine syphilitique. En outre de l'histoire complète de cette pseudo-tumeur blanche, il

est manifeste que la question d'hérédité syphilitique s'impose (la syphilis venait de la grand'mère).

Traitement. — Iodure de potassium, 1 gramme par jour ; emplâtre de Vigo sur l'ulcération de la jambe droite.

29 février. — Après quatre jours de traitement et de repos, la pseudo-tumeur avait diminué de près d'un centimètre dans chacun de ses diamètres médio, sus et sous rotulien.

3 mars. — Ce diamètre médio-rotulien ne donne plus, à la mensuration, que 29 centimètres, sus-rotulien 26, et sous-rotulien 25.

Le 16. — La tumeur a diminué d'un centimètre dans ses trois diamètres, le médio-rotulien ne mesure que 27 centimètres. L'hydarthrose a diminué considérablement, le diamètre sus-rotulien mesure 25 centimètres et le sous-rotulien 24.

Le professeur Fournier prescrit l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50.

OBSERVATION VIII

Arthropathie hérédo-syphilitique du genou gauche

(Observation I de MM. Kirmisson et Jacopson, *Revue d'Orthopédie*, 1897, p. 367)

L'enfant Charles L..., âgé de 4 ans et demi, nous est amené le 17 septembre 1896, à la consultation de l'hospice des Enfants-Assistés, par un gonflement très marqué du genou gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu la syphilis il y a 5 ou 6 ans, à l'âge de 26 ans. Il a eu un chancre, la roséole, des plaques muqueuses, des clous (?), et il y a deux ans, sur la verge, une syphilide chancriforme. Il s'est soigné par le protoidure et le sirop de Gibert pendant 2 ans.

Actuellement il présente une glossite syphilitique typique (langue parquetée) avec leucoplasie buccale. C'est un grand

fumeur. Il boit environ 3 litres de vin par jour, mais pas d'alcool, et présente quelques signes d'éthylisme.

La mère n'a pas eu d'accidents pouvant être rapportés à la syphilis. Elle a eu 5 enfants :

1er enfant. — Garçon, mort-né au septième mois de la grossesse.

2e enfant. — Garçon, âgé actuellement de 10 ans et demi, atteint d'otite chronique suppurée.

3e enfant. — Fille, morte à l'âge de 6 mois avec des éruptions sur tout le corps.

4e enfant. — Fille, âgée actuellement de 6 ans. A eu il y a 2 ans une grosseur à l'anus, traitée avec succès par le sirop de Gibert et l'iodure.

Le 5e enfant est notre malade.

Cet enfant, à l'âge de 18 mois, a été montré à M. le professeur Hutinel pour une éruption généralisée. M. Hutinel a ordonné des frictions mercurielles qui ont rapidement amené la guérison. Depuis, l'enfant s'est toujours bien porté.

L'affection actuelle du genou a débuté sans cause connue en décembre 1895. C'est le matin, en levant l'enfant, que la mère a remarqué par hasard que le genou était gros. L'enfant ne s'en était pas plaint. On conduisit l'enfant dans un hôpital où on lui appliqua des pointes de feu, puis un appareil plâtré qu'il garda 18 jours sans résultat aucun.

Mais comme l'affection n'était pas douloureuse, on ne s'en préoccupa pas davantage et l'enfant ne suivit pas d'autre traitement. L'affection persistait avec des alternatives de mieux et de pis. Il n'y a pas eu de douleurs, mais seulement assez souvent une sensation de fatigue.

Enfin, le 17 septembre 1896, un an après le début du mal, on nous amène le petit malade.

Etat actuel. — Le genou gauche est augmenté de volume dans son ensemble.

L'exploration de l'articulation montre qu'elle renferme une quantité modérée de liquide.

Il n'y a pas de fongosités.

Ce qui nous frappe surtout, c'est l'indolence lors des mouvements passifs et la conservation intégrale de ces mouvements.

Pas d'attitude vicieuse du membre. Léger degré de genu valgum.

L'extrémité supérieure du tibia est très augmentée de volume, surtout son condyle interne qui fait une forte saillie à la face interne du membre. L'enfant boîte légèrement.

Il n'a jamais eu de douleurs dans son genou malade.

On voit au pourtour de l'anus quelques cicatrices blanches déprimées.

Diagnostic. — Ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique.

Traitement. — Frictions mercurielles et iodure de potassium.

1er octobre 1896. — L'enfant est revu. Le gonflement du genou a diminué et on peut percevoir au côté externe du cul-de-sac sous-tricipital un nodule dur, de la grosseur d'un haricot, siégeant à la hauteur du point de réflexion de la synoviale.

Le 15. — Même état. Mais on ne retrouve plus la petite tumeur constatée le 1er octobre.

Le 29. — L'enfant peut-être considéré comme guéri. Il marche sans boîter. Son genou ne le fait pas du tout souffrir.

12 novembre 1896. — La guérison est complète. Le traitement est supprimé.

10 décembre 1896. — L'enfant nous est ramené parce que son genou est de nouveau gonflé légèrement. Il ne boîte pas, mais il a un peu d'épanchement dans le genou.

Le traitement est repris.

Le 24. — L'épanchement a diminué manifestement.

29 janvier 1897. — La guérison est complète. Le traitement est interrompu. Nous avons depuis lors pris à plusieurs reprises des nouvelles de l'enfant : la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IX

Syphilis héréditaire précoce. — Ostéo-arthropathie du coude droit

(Observation I de Morel Lavallée, *Union Médicale*, 3 mai 1888, p. 693.)

Garçon de 13 ans.

Antécédents héréditaires. — Père buveur, était lors de son mariage, porteur de plaques blanches dans la bouche, il les brûlait fréquemment à la pierre infernale. Il avait alors 24 ans.

La mère indemne jusqu'à son mariage, n'a jamais présenté d'accidents, ni de stigmates spécifiques.

En 1872, a lieu leur mariage. En 1873, naissance à terme d'une fille qui mourut au bout de 2 mois, ayant présenté du coryza, des ulcérations buccales et péri-anales. Elle aurait contagionné sa nourrice. En 1874, naissance d'un deuxième enfant (notre malade).

Puis nous trouvons successivement, une fille à terme, bien portante encore en 1885, n'ayant jamais, jusqu'à sa 9e année, présenté d'accidents spécifiques ; une fausse-couche de 6 mois (1882), une grossesse normale, touchant à son terme (octobre 1887).

Antécédents personnels. — Nourri par sa mère, à l'âge de 2 mois apparaît aux pieds et aux mains une desquamation accompagnée de crevasses. A 6 mois, éruption généralisée de boutons croûteux ; un médecin qui les vit, ordonna des pilules à la mère. Jusqu'à 4 ans, rien autre à noter qu'une diarrhée intermittente et tenace.

A 4 ans, affection oculaire qui entraîne une cécité de plusieurs mois et laissa les lésions suivantes observées par M. Trousseau : dépôts sur la cristalloïde antérieure, consécutifs à des synéchies, traces d'iritis ancienne, type d'iritis hérédo-syphilitique.

Depuis lors, tous les hivers, il eut des maux de gorge et des écrouelles cervicales dont il porte les marques.

A 10 ans (1884), maux de gorge et enflure du nez, vus par un médecin qui fit des cautérisations et prescrivit de l'iodure. La mère constata alors deux perforations au palais, et les liquides revenaient par le nez ; mais il a dû y avoir des gommes multiples du voile, vu les cicatrices de ce dernier, dont le bord libre est irrégulier, déchiqueté, réticulé et adhérent en arrière au pharynx qui, lui-même, porte la cicatrice fermée d'une nappe ulcéreuse. Il ne reste plus de perforation, mais il existe encore un an après, un écoulement nasal très prononcé et fétide.

Vu à cette époque à la clinique de Saint-Louis, l'enfant est soigné pour son nez qui est déformé à la racine et douloureux, tandis que tous les ganglions périmaxillaires sont engorgés. Au dire de l'enfant il aurait été soigné vers le même temps pour des fistules lacrymales et on lui aurait passé des sondes de chaque côté. Il n'est toutefois pas certain qu'il ait eut autre chose que des ostéites de l'unguis qui ont donné lieu à un trajet fistuleux, non fermé en décembre 1887.

Le 13 décembre 1887, l'enfant entre pour la seconde fois à l'hôpital Saint-Louis.

Indépendamment des stigmates dus aux affections ci-dessus mentionnées, nous constatons : une atrophie des testicules déjà vue en 1885 ; une cicatrice à la cuisse gauche, consécutive à une brûlure faite à l'âge de 10 ans. La dentition n'a pas été retardée.

Depuis 5 à 6 mois, il se plaint de ressentir dans les membres inférieurs des douleurs vives, intermittentes, empêchant souvent le sommeil, s'exaspérant par la station debout trop prolongée. Or les tibias présentent les lésions suivantes :

Au tibia gauche, tuméfaction arrondie, lisse, longue de 6 à 7 centimètres, siégeant à la partie moyenne de la face interne, qui est élargie à ce niveau. Au tibia droit, déformation dite « en lame de sabre » du tiers supérieur ; incurvation à convexité antérieure, augmentation de volume de l'os et aplatissement latéro-transversal.

Toute la largeur de la face interne est hyperostosée sur une hauteur de cinq à six centimètres. Le début de ces lésions s'est fait insensiblement ; elles ne sont devenues douloureuses qu'une fois parvenues à un certain degré de développement. L'exploration du squelette nous montre l'existence d'une exostose analogue ignorée du malade, occupant la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, lequel est à cet endroit émoussé et arrondi.

Mais ce qui attire le plus l'attention chez notre petit malade, c'est la déformation et l'immobilité relative de son coude droit ; le membre supérieur est porté en écharpe, vu l'intensité de la douleur provoquée qui disparaît au repos. L'avant-bras est fléchi à 45° sur le bras et cela d'une façon permanente ; tout mouvement provoqué arrache des cris, l'extension étant absolument impossible, tandis qu'on peut, tant soit peu augmenter la flexion. Le coude est tuméfié dans son ensemble en forme de fuseau s'effilant du haut en bas, l'extrémité inférieure étant de beaucoup la plus volumineuse. Bref, l'aspect extérieur est exactement celui d'une tumeur blanche en voie d'ankylose.

Cependant, il n'y a ni œdème, ni gonflement apparent des parties molles : de plus on arrive par une palpation attentive, à découvrir que la lésion est exactement limitée à une hyperostose du cubitus portant sur son tiers supérieur, mais principalement sur l'olécrâne dont le développement s'oppose à l'extension, tandis que l'apophyse coronoïde est peut-être également empêchée, bien qu'à un moindre degré, d'entrer dans la cavité olécrânienne de l'humérus. L'humérus et le radius ne sont aucunement intéressés.

A signaler encore, à l'angle interne de l'œil gauche une fistulette ayant sans doute pour point de départ une altération ancienne de l'unguis.

Traitement. — Pilules proto-iodure de cinq centigrammes. Iodure de potassium : 2 grammes.

Huit jours après, la tuméfaction du coude a diminué, les douleurs y sont nulles, quelques mouvements devenus possibles. Au bout de trois semaines, la flexion et l'extension sont

possibles à leur maximum, l'hyperostose est encore énorme. Les tibias ont peu diminué, mais ils sont indolents. La fistulette de l'unguis est tarie et bouchée par une croûte, le maxillaire reprend sa forme normale.

Deux mois après (13 février 1888), toutes les hyperostoses continuent à décroître, mais les parties osseuses intéressées restent volumineuses et déformées en masse dans leur configuration générale.

OBSERVATION X

Syphilis héréditaire tardive. — Kératite interstitielle. — Double ostéo-arthropathie du genou

Obs. de H. Méry et L. Guillemot (*Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, nº 12 avril 1903, p. 325). (Résumée)

Garçon de 7 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Père sans antécédents spécifiques. La mère n'a pas présenté d'accidents suspects ; elle n'a pas fait de fausse couche, mais a perdu 2 enfants en bas-âge, l'un à 16 mois en nourrice, de méningite (?) ; l'autre né avant terme à 8 mois, n'a vécu qu'un mois.

Antécédents personnels. — Notre petit malade, né à terme, est bien constitué. Il a été nourri au sein par sa mère jusqu'à 18 mois; il a marché tard, à 20 mois seulement. Rougeole à 3 ans et demi.

L'affection qui l'amène, a débuté il y a 2 mois. Les parents ont d'abord remarqué des troubles du côté des dents, qui paraissaient tenir à l'évolution pénible de la seconde dentition. Il a eu à ce moment de la gingivité avec adénite sous-maxillaire. A la même époque, l'œil droit devint rouge et larmoyant, bientôt l'enfant ne peut l'ouvrir et la vue s'affaiblit, malgré les différents traitements institués (lavages à l'eau boriquée,

pommade au précipité jaune, collyre à l'atropine). L'œil gauche n'est pris que depuis quelques jours.

Très peu de temps après l'apparition des symptômes oculaires surviennent des modifications importantes du côté des genoux : ce sont d'abord des douleurs au moment où l'enfant se redresse, puis peu à peu, cela surtout depuis trois semaines, les souffrances augmentent, les jointures deviennent raides, se déforment et bientôt notre petit malade ne peut plus marcher. Il arrive tout au plus à se traîner péniblement, c'est alors que l'enfant nous est envoyé.

Etat actuel. — Il entre dans le service du Professeur Grancher, le 14 janvier, apporté par son père. Lorsqu'il est debout, on voit qu'il porte le poids de son corps sur la jambe gauche, tandis que la droite, à demi-fléchie, ne touche le sol que par la pointe du pied. Si on cherche à l'étendre, on provoque de la douleur, il s'agit d'une attitude vicieuse qui ne disparaît pas par le décubitus dorsal.

Quand on examine l'enfant étendu sur un lit et dévêtu, voici ce qu'on constate : les deux genoux sont déformés, mais pas au même degré, le droit plus que la gauche ; ils sont le siège d'une augmentation de volume qui leur donne une apparence globuleuse et cet aspect accentué par l'atrophie musculaire rappelle absolument, pour le genou droit, la déformation caractéristique de la tumeur tuberculeuse.

La palpation permet de se rendre compte que l'aspect des jointures tient surtout à l'augmentation de volume des extrémités osseuses, principalement à l'hypertrophie des condyles internes fémoraux, et à un moindre degré des plateaux des tibias. Mais, en outre, il y a de l'hydarthrose ; le choc rotulien est net des deux côtés, surtout à droite. De ce côté, le cul-de-sac sous-tricipital est manifestement empâté et la palpation en est douloureuse surtout en dehors. Les mouvements réveillent de la douleur principalement à droite : l'extension complète de la jambe sur la cuisse est limitée par la contracture des fléchisseurs qui maintiennent d'une façon permanente le membre inférieur en demi-flexion.

Du côté gauche, au contraire, les mouvements ne sont pas douloureux. En dehors de ces manifestations articulaires limitées aux genoux, l'attention est attirée par l'état des yeux. Ceux-ci sont le siège d'un larmoiement et d'une photophobie très marqués qui en rendent l'examen difficile ; cependant, nous arrivons à nous rendre compte que du côté droit la cornée est le siège d'une infiltration diffuse, avec injection vive des vaisseaux au niveau du limbe ; que, d'autre part, notre malade ne distingue pour ainsi dire pas les objets avec cet œil et qu'il ne voit qu'un brouillard. Du côté gauche, il y a aussi opacité de la cornée, mais légère, avec injection périkératique ; la vision est peu modifiée. En somme, double kératite interstitielle très prononcée à droite. C'est là le diagnostic porté par M. Roche, médecin oculiste du service. Ajoutons que l'examen à l'éclairage oblique a permis de constater l'absence de synéchies.

La présence d'un stigmate aussi important de syphilis héréditaire chez notre petit malade nous imposait une recherche minutieuse des autres signes.

Du côté de la bouche, dents en mauvais état, mal plantées, cannelées, mais pas de véritables dents d'Hutchinson. Rien d'anormal du côté des oreilles, du nez, du testicule.

Aucune lésion viscérale apparente : développement physique et intellectuel normal.

Le diagnostic porté est donc : double ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique. Traitement : frictions mercurielles et iodure de potassium. Le membre droit est placé dans une gouttière ouatée et de l'emplâtre de Vigo appliqué sur le genou. Ce traitement continue pendant quinze jours sans modifications sensibles du côté des jointures et des yeux.

Devant cet échec, nous pensons à employer une médication plus énergique et nous décidons de commencer une série d'injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure, obtenu en solution aqueuse par l'addition d'une petite quantité d'iodure de potassium.

Déjà, au bout de quatre ou cinq de ces injections, l'action

thérapeutique se manifestait par la disparition des douleurs ; bientôt les mouvements devenaient plus faciles du côté droit et l'hydarthrose diminuait pour disparaître presque complètement.

Parallèlement, l'infiltration kératique se résorbait peu à peu, la vision compromise de l'œil droit se rétablissait et aujourd'hui après environ 35 injections de 4 milligrammes de biiodure de mercure, suspendues seulement pendant quelques jours à cause d'une légère salivation, notre petit malade est très amélioré ; les douleurs ont cessé, les mouvements sont possibles. Il marche. Les articulations ont diminué de volume grâce surtout à la disparition de l'hydarthrose, car il reste encore de l'hyperostose des épiphyses fémoro-tibiales. Du côté des yeux, l'œil gauche est aujourd'hui normal, l'œil droit est très amélioré, la cornée presque entièrement désinfiltrée et la vision à peu près rétablie.

OSTÉO-ARTHROPATHIE DÉFORMANTE

Cette deuxième variété, l'ostéo-arthropathie déformante, est beaucoup plus rare que la précédente. Peu nombreuses sont les observations de ce second type. Et cependant, la lecture de ces diverses observations nous a révélé une évolution tellement différente dans ces quelques cas qu'il nous a semblé bon d'établir avec E. Fournier, deux classes de ces arthropathies :

1° La première classe correspondant aux cas « d'arthropathie ostéophytique » décrits pour la première fois par Méricamp.

2° La deuxième classe englobant des cas absolument analogues au rhumatisme déformant.

C'est que nous appellerons, avec E. Fournier, le rhumatisme déformant hérédo-syphilitique.

I. Ostéo-arthropathie déformante ostéophytique. — C'est Méricamp qui a décrit cette variété pour la première fois dans sa thèse (1882), mais avant lui, Gressent (1874) avait rapporté un cas d'arthropathie déformante dû à Duménil, de Rouen. Depuis, les professeurs Fournier et Lannelongue se sont occupés

de la question. Danjou et Gangolphe ne différencient pas les arthropathies déformantes des ostéo-arthropathies simples.

Enfin, en 1908, Ménard, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck, Lemoine et Penard publient, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une série d'observations très intéressantes avec radiographies à l'appui.

Fréquence. — C'est une affection à coup sûr beaucoup moins fréquente que la première variété.

Apparition. — Ces arthropathies sont le plus souvent des manifestations de la syphilis héréditaire tardive. A part une observation de la thèse de Danjou où l'enfant n'avait que 2 mois et demi, et deux observations de Ménard où les sujets sont âgés de 4 ans, les autres malades ont entre 8 et 28 ans : 8 ans et demi (Lannelongue), 11 ans (Ménard), 13 ans (Lannelongue), 14 ans (Ménard), 17 ans (Gressent), 28 ans (Méricamp).

Siège. — C'est l'articulation du coude qui est la plus souvent atteinte. Quelquefois, plusieurs articulations sont frappées en même temps.

Symptomatologie. — L'affection évolue d'une façon lente et chronique. Les symptômes diffèrent suivant la période d'évolution de l'arthropathie.

Dans une première période, il y a formation d'une hyperostose, mais non plus d'une hyperostose massive et régulière comme dans l'ostéo-arthropathie simple : c'est, au contraire, une hyperostose irrégulière. « Cette déformation, écrit le professeur Fournier, est d'autant plus frappante qu'elle est absolument irré-

gulière, étrange, bizarre, parfois même extraordinaire. Ce n'est plus une hyperostose massive qui, dans son irrégularité morbide, conserve cependant une certaine régularité de configuration générale, mais bien une sorte de végétation ostéophytique de l'épiphyse, végétation qui bourgeonne à l'aventure, en donnant naissance à des saillies, à des mamelons, à des apophyses osseuses dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là, naturellement, des anomalies d'aspect, des originalités et même des excentricités de configuration qui constituent les caractères dominants de cette variété ». Cette formation hyperostosique est accompagnée ordinairement de douleurs vagues.

Puis, dans une deuxième période, quand les végétations ostéophytiques sont constituées, apparaissent des troubles fonctionnels variés, tels que craquements articulaires, difficulté et limitation de certains mouvements, attitudes vicieuses, subankylose et même parfois des ankyloses sous une attitude normale ou anormale, enfin dans quelques cas on a observé une atrophie musculaire localisée ou un arrêt de croissance.

L'évolution de l'arthropathie déformante est très longue. La formation de l'hyperostose, à elle seule, demande en moyenne un délai de trois à cinq mois. Il est même des formes essentiellement chroniques, à durée presque indéterminée.

Anatomie pathologique. — On est bien peu renseigné sur la manière dont se forment ces hyperostoses et on a pensé que leur localisation dans la région

épiphysaire serait due à l'activité nutritive très intense de la zône diaphyso-épiphysaire pendant la croissance. Gangolphe, dans son remarquable travail paru dans les *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* (1885), n'admet pas, au point de vue anatomo-pathologique, la « variété déformante » décrite par Méricamp. Ce type, pour lui, ne répond pas à un processus pathologique spécial, mais se rattache à une période d'évolution de l'ostéo-arthrite. L'observation XI de Ménard, relatée dans notre thèse, semblerait militer en faveur de l'opinion de Gangolphe : on y voit, en effet, les contours des épiphyses du genou devenir irréguliers après une augmentation de volume absolument régulière. Quoiqu'il en soit, les radiographies de Ménard nous font voir d'une façon très nette l'irrégularité des formations hyperostosiques, l'os ancien nous apparaissant sous une teinte plus foncée, l'os néoformé sous une teinte beaucoup plus claire. Nous pouvons observer également, dans ces radiographies, la présence de lacunes situées dans la diaphyse ou dans l'epiphyse, dues selon toute probabilité à la présence de gommes déterminant une destruction du tissu osseux.

OBSERVATION XI

Syphilis héréditaire à accidents précoces et à accidents tardifs. — Lésions multiples. — Lésions osseuses. — Arthropathies multiples avec arrêt d'accroissement du membre supérieur droit

(*In* : Thèse de Méricamp)

D... (Hermann-Ernest), âgé de 28 ans, tailleur, entre le 26 mars 1882, à l'hôpital Saint-Louis, n° 18 *bis*, service de M. le professeur Fournier.

Pas d'antécédents vénériens. Etat général excellent.

Le malade entre à l'hôpital pour une affection déjà ancienne du tibia droit qu'un traumatisme récent a réchauffée, mais le malade est surtout intéressant par des lésions qui, guéries, ont laissé des stigmates irréparables.

Antécédents héréditaires. — La mère du malade, âgée de 56 ans, est robuste et fortement musclée ; elle nie tout antécédents syphilitique, tout accident primitif ; jamais d'alopécie, jamais de céphalée, jamais d'éruptions cutanées, etc..., mais la malade a un léger nasonnement et l'examen de la gorge revèle l'absence de la luette et d'une partie du voile du palais. Ces accidents pharyngés sont survenus en 1856, soit dix-huit mois après la naissance du malade de Saint-Louis. Ils ne peuvent qu'être mis sur le compte d'une syphilis ignorée.

Huit ans plus tard, en 1864, cette femme est atteinte d'aliénation mentale et ces troubles cérébraux ont duré huit années. A l'heure actuelle, elle peut difficilement donner des renseignements. Elle raconte cependant que son mari légitime était atteint d'une maladie contagieuse, mais dont la nature n'est pas précisée.

Notre malade n'est pas le fils de l'homme dont il porte le nom et nous n'avons aucun renseignement sur son père ; nous ignorons également s'il est né avant ou après le mariage de sa

mère, ce que nous savons, c'est que sa mère a eu un premier enfant mort-né à huit mois et demi et, après notre malade, deux autres enfants qui se sont toujours bien portés et n'ont eu aucun accident.

Antécédents personnels. — Dès l'âge de trois mois, en 1854 par conséquent, D... était atteint d'accidents cutanés. Il fut traité à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, dans le service de Trousseau ; on lui administra des bains de sublimé.

C'était quinze mois après que se développaient chez la mère les accidents graves de la gorge, indiquant chez elle une syphilis avancée.

En 1856, notre malade est atteint d'une affection grave de poitrine, sur laquelle nous n'avons aucun renseignement.

En 1859, à l'âge de cinq ans, « maladie des os du bras », dit la mère : les deux coudes et l'épaule droite sont pris ; l'affection aurait débuté par l'épaule gauche et se serait cantonnée dans le côté droit ; la guérison aurait demandé huit mois.

En 1861, abcès probable de la jambe (la mère dit furoncle), pour lequel D... est soigné à l'hôpital Sainte-Eugénie ; la même année, accidents oculaires graves, qui ont un instant compromis la vue ; et dont il ne reste pas aujourd'hui de trace appréciable.

En 1864, à l'âge de dix ans, survient une affection grave du tibia droit. La jambe gonfle dans sa partie moyenne : du pus s'écoule ; des incisions libératrices sont faites et une ulcération se forme ; à un moment donné, il est même question d'amputation de la jambe ; le malade est envoyé à Berck-sur-Mer, où il séjourne et au bout de quatre années seulement la cicatrisation est obtenue. Impossible de savoir s'il y a eu élimination d'esquilles.

En 1869, à l'âge de quinze ans, de nouveaux accidents surviennent du côté des fosses nasales, de la voûte palatine et de la gorge, et de nouveau le malade repart pour Berck. Deux ans et demi furent nécessaires pour la réparation de ces dernières lésions.

Depuis ce moment, aucun accident de quelque importance

n'est survenu. Malgré ses désavantages physiques, D... s'est marié vers l'âge de vingt-deux ans, et il a même un enfant de quatre ans qui jouit d'une bonne santé.

Etat actuel. — Nous ne parlerons que des manifestations articulaires dont notre sujet est porteur, car il est facile de se faire une idée des autres lésions qu'il présente, soit au pharynx, soit au palais, soit aux fosses nasales, etc..., par la description que nous en donnons plus haut.

Arthropathies. — Le membre supérieur droit est surtout remarquable :

1° Par l'arthropathie du coude ; 2° Par son arrêt d'accroissement.

Le coude est considérablement déformé et, au premier abord, on pourrait songer à une luxation ; il forme, en arrière, une saillie considérable qui déborde notablement le plan postérieur du bras. Cette saillie est cuboïde et surmontée d'une autre saillie plus petite et distincte de la première que l'on voit bien pendant la flexion de l'article. Cette saillie cuboïde n'est nullement formée par l'olécrâne, mais bien par la tête du radius ; les dimensions de celle-ci sont considérables, car elle a environ deux centimètres de largeur, un centimètre et demi de hauteur ; sa forme n'est pas sensiblement altérée et rappelle assez bien, les dimensions exceptées, la tête d'un radius normal.

Elle n'est nullement luxée ou subluxée ; car s'il est facile d'apprécier l'interligne radio-huméral, il est impossible de sentir la cupule radiale. Quant à l'olécrâne, il est à sa place avec ses caractères normaux ; mais telle est la saillie formée par la tête radiale qu'il est pour ainsi dire en retrait et demande à être recherché.

L'extrémité de l'humérus est, de son côté, manifestement altérée. Il est facile de sentir l'épicondyle et l'épitrochlée ; mais au-dessous de l'épitrochlée, sur le bord interne de l'humérus, est une saillie conoïde plus accentuée que l'épitrochlée, mais qui pourrait en imposer pour elle.

Un peu plus en dedans, au-dessous de la tête radiale, et un peu au-dessus de l'interligne radio-huméral, est une autre

saillie osseuse ; elle est moins conoïde que la première, plus large, plus étalée ; elle a environ un centimètre de diamètre ; c'est elle qui forme au-dessus du relief radial le second relief que nous avons déjà signalé dans la flexion de l'article.

L'articulation est indolente. Les mouvements de flexion sont faciles et aussi étendus que possible, mais lorsqu'on veut pratiquer l'extension, on est brusquement arrêté à environ 160° comme par un clapet.

Le malade tient son membre dans la demi-flexion et dans la position intermédiaire à la pronation et à la supination. Cette demi-pronation est *constante*, *irrémédiable ;* il y a ankylose dans cette position, tout au plus peut-on faire exécuter quelques mouvements de pivot à la tête radiale, et ces mouvements s'accompagnent de craquements qu'on ne perçoit pas pendant les mouvements de flexion de l'article.

Le membre supérieur droit est remarquable non seulement par l'arthropathie du coude (arthropathie caractérisée par des lésions ostéophytiques gênant les mouvements de l'articulation radio-humérale), respectant au contraire presque complètement l'articulation cubito-humérale), mais aussi par l'insuffisance de développement du membre tout entier.

Il a manifestement subi un *arrêt d'accroissement*, et sa gracilité contraste avec le volume de l'articulation du coude.

Il est de six centimètres plus court que le membre supérieur du côté opposé.

C'est sur le bras surtout qu'à porté l'arrêt, car il est sur ce total pour quatre centimètres et demi ; l'avant-bras et la main, pour un centimètre et demi seulement.

De même, tandis que l'avant-bras a sensiblement la même circonférence que l'avant-bras opposé, l'humérus a une conférence moindre de un centimètre et demi. L'atrophie a donc porté sur l'humérus atteint et dans sa longueur et dans son épaisseur. La tête de l'humérus est elle-même atrophiée. De cette atrophie résulte une exagération de la dépression sous-acromiale, dépression qui pourrait, au premier abord, faire penser à une luxation.

Lorsqu'on a fait mouvoir l'articulation de l'épaule, dont tous les mouvements sont libres du reste, et absolument indolents, on provoque des *craquements*. La surface articulaire est donc altérée ; mais ici encore est une lésion ostéophytique ; sur la face externe de la tête humérale est une saillie pyramidale qui soulève le deltoïde et le rend convexe, alors qu'en raison de l'atrophie humérale et de la dépression sous-acromiale consécutive, c'est un méplat qu'on devrait avoir.

La clavicule et l'omoplate sont normaux. Le malade se sert volontiers de son membre, mais il est beaucoup moins vigoureux que le membre supérieur gauche. C'est ainsi que dans le cas de fardeau appliqué sur l'épaule, la clavicule aussitôt s'abaisse et le fardeau glisse ; comme la faute n'en est pas aux muscles élévateurs de l'épaule, ainsi que l'examen direct permet de s'en convaincre, on ne peut incriminer que les muscles fixateurs de l'épaule qui s'insèrent soit sur la tête, soit dans la coulisse bicipitale de l'humérus atrophié.

Le membre supérieur gauche n'est pas absolument intact, le coude, en effet, a été atteint également ; il est vrai qu'il a tous ses mouvements, qu'il est absolument indolent, qu'on ne provoque pas de craquements, mais il est certainement mal formé. Dans l'extension, le membre supérieur, au lieu de faire un angle obtus ouvert en dehors, fait au contraire un angle obtus en dedans.

A la naissance de l'avant-bras, immédiatement au-dessous de l'épicondyle, est une saillie ; lorsqu'on y regarde de plus près, on voit qu'elle est due à l'augmentation de volume de la tête radiale qui est à sa place ; mais l'articulation radio-humérale jouit de tous ses mouvements ; comme dans l'articulation opposée, le cubitus est intact, mais par contre l'humérus ne présente aucune lésion ostéophytique.

OBSERVATION XII

Arthrite du genou gauche avec déformation des surfaces articulaires et conservation des monvements. Hyperostose du tibia droit.

(Extraite de la *Gazette des Hôpitaux 1908*. Article de Ménard, Lemoine et Penard. Obs. XI)

Une fillette de 4 ans arrive à Berck avec une hydarthrose du genou droit, sans fongosités, sans épaississement des parties molles, en dehors de la synoviale dont le pli est plus sensible de chaque côté de la rotule. Les mouvements sont conservés sur un étendue de 30°. La santé générale semble bonne. Le diagnostic porté et confirmé d'abord à Berck est celui d'hydarthrose tuberculeuse. L'épanchement diminue sous l'influence du repos.

La radiographie montre une légère augmentation d'épaisseur, à la hauteur des épiphyses.

Une lacune de forme ovale se trouve placée dans le condyle interne du fémur, traduite par une tache claire à contours réguliers.

Malgré l'usage d'un appareil immobilisant le genou, l'hydarthrose persiste indéfiniment en petite quantité.

Plusieurs radiographies faites à des intervalles de 6 mois montrent la même exagération de volume des épiphyses tibiales et fémorales. Enfin, tardivement au bout de 2 ans, les contours des épiphyses du genou malade deviennent irréguliers en même temps que sur le tibia du côté opposé se développe une hyperostose peu marquée et cependant évidente de la partie supérieure de la diaphyse. La tache lacunaire du condyle interne a persisté, en s'éloignant peu à peu de la surface articulaire, par suite du développement de l'épiphyse. A aucun moment, le traitement spécifique n'a été fait.

La coïncidence de cette hydarthrose persistante, sans dou-

leurs, sans fongosités, avec déformation des os, conservation partielle des mouvements au bout de 30 mois et d'une ostéite indolore hyperostosante du tibia du côté opposé nous a paru suffisante pour porter le diagnostic de syphilis.

OBSERVATION XIII

Hyperostose diaphyso-épiphysaire de l'humérus droit. — Arthrite du coude droit. — Lésions syphilitiques du voile du palais et du pharynx.

(Extraite de la *Gazette des Hôpitaux 1908*. Article de Ménard, Lemoine et Penard. Obs. XIII)

H.... Suzanne, 14 ans, envoyée le 12 février 1908 à l'Hôpital Maritime avec le diagnostic : tumeur blanche du coude.

Examen clinique. — Inspection : avant-bras droit fléchi à angle obtus sur le bras.

Coude très tuméfié, méplats normaux sont effacés. La tuméfaction prédomine sur le bras plus que sur l'avant-bras.

Atrophie musculaire très marquée.

Palpation. — Cubitus normal. Extrémité supérieure du radius, difficile à sentir au milieu de l'œdème des parties molles, ne semble pas hypertrophiée.

Par contre, l'humérus est tuméfié dans toute sa moitié inférieure et d'autant plus qu'on se rapproche du coude.

L'ankylose est presque complète. Quand on essaye de fléchir ou d'étendre le coude, on détermine une vive douleur. L'hyperostose humérale est douloureuse à la pression, le maximum de la douleur est au niveau de l'épicondyle et de l'épitrochlée.

Examen radiographique. — Montre une hyperostose à contours irréguliers de la moitié inférieure de l'humérus droit. L'interligne articulaire du coude est flou et resserré entre l'humérus et l'olécrâne.

Evolution clinique. — En 1905, l'enfant a souffert d'accidents bucco-pharyngés.

Actuellement, les cicatrices de ces lésions déterminent des déformations de l'arrière-bouche et du pharynx.

La luette et la partie adjacente du voile ont disparu, ainsi que les amygdales et les piliers postérieurs. Deux brides cicatricielles vont de la paroi postérieure du pharynx, l'une au pilier antérieur droit, l'autre au pilier antérieur gauche.

Ces deux brides obstruent presque complètement l'orifice bucco-pharyngé. Par leur bord libre concave, elles limitent un orifice circulaire, de la taille d'une pièce d'un franc, qui reste la seule communication entre les parties nasale et buccale du pharynx.

En 1907, apparaissent des douleurs au niveau du coude droit, avec exacerbations nocturnes très nettes. L'enfant fut traitée à Paris par la méthode de Bier. Les phénomènes douloureux furent calmés, mais en décembre 1907, ils reprennent et le coude commence à se tuméfier. L'enfant fut immobilisée à cette époque dans un appareil plâtré.

Dès son entrée à l'Hôpital maritime, l'enfant est soumise au traitement mercuriel. Actuellement, c'est-à-dire un mois après le début du traitement, les douleurs et l'œdème des parties molles ont complètement disparu. On peut cesser l'immobilisation. Les mouvements, quoique très limités, sont possibles et non douloureux.

OBSERVATION XIV

Ostéite diaphyso-épiphysaire du tibia gauche avec arthrite du genou. Hyperostose diaphysaire du tibia droit. Arthrite du coude droit. Hyperostose du bulbe supérieur du cubitus droit.

(Extraite de la G. des Hôpitaux. Article de Ménard, Lemoine et Penard. Observation XIV).

B... Céline, 11 ans, entre le 15 juin 1906 à l'Hôpital maritime de Berck. L'observation de l'enfant signale une tumeur du genou gauche et du coude droit, d'origine ancienne.

Ces deux arthrites sont guéries avec ankylose. Elles n'ont suppuré à aucun moment de leur évolution.

Il est également relaté que les deux tibias dans leur tiers supérieur et l'humérus droit à son extrémité inférieure sont renflés en fuseau.

Exeat en novembre 1906. La mère ramène l'enfant en juin 1907.

Une ulcération est apparue à la face antéro-externe de la jambe droite. Son aspect, ainsi qu'un renflement en fuseau très net de la diaphyse du tibia droit révèlent d'une manière certaine la syphilis. Le traitement mercuriel et ioduré, associé à l'emplâtre de Vigo, cicatrisent rapidement l'ulcération.

Etude radiographique en septembre 1907. La radiographie montre une hypertrophie de la moitié supérieure de la diaphyse du tibia droit. A ce niveau, l'on distingue facilement au centre l'ancien os et, à sa surface, une couche d'hyperostose de teinte plus claire.

Le genou gauche frappe l'attention par l'aspect irrégulier, tourmenté de l'interligne articulaire. L'épiphyse supérieure du tibia, épaissie dans sa moitié externe, est ulcérée dans sa moitié interne. La surface articulaire du fémur est irrégulière et manque de netteté, surtout au niveau du condyle externe. A la partie moyenne du tibia gauche, un renflement se traduit par une convexité du bord interne.

On ne retrouve pas sur l'humérus droit l'hyperostose signalée en 1906. Par contre, la région bulbaire du cubitus est renflée en fuseau.

OBSERVATION XV

Ostéite hyperostoso-gommeuse diaphysaire des deux tibias. Ostéite diaphyso-bulbaire des deux humérus et des deux cubitus. Arthrites des deux coudes. Plaques muqueuses anales.

(Extraite de la *Gazette des Hôpitaux* 1908)
(Article de Ménard, Lemoine et Penard. Observation XVII

F... Marius, 4 ans, porteur de manifestations tuberculeuses et syphilitiques.

A la tuberculose, on peut rattacher plusieurs spina ventosa, des adénites multiples et des ostéites des deux os malaires.

A la syphilis, sont dues : des hyperostoses diaphysaires des deux tibias, de l'arthrite des deux coudes avec hypertrophie des parties adjacentes des humérus et des cubitus.

La région anale est le siège de plaques muqueuses. L'état général est mauvais, l'enfant succombe aux progrès de la cachexie.

Autopsie. Le coude gauche est coupé par une section sagittale qui sépare en deux parties égales l'humérus et le cubitus. Le cubitus est renflé au niveau de son bulbe supérieur. Il est creusé d'une caverne communiquant avec la cavité sigmoïde. Celle-ci contient des fongosités et à sa partie inférieure un séquestre libre, de forme lamellaire, à contours découpés, en dent de scie. Il est formé de tissu très dense et rappelle un séquestre d'ostéomyélite par ses aspérités. Le tissu compact du bulbe est épaissi, lamelleux et l'on y voit des couches stratifiées, périphériques, séparées par des stries vasculaires.

L'humérus est renflé en fuseau dans la moitié inférieure de sa diaphyse. On trouve en plein tissu spongieux une traînée blanc-jaunâtre, vrai cylindre de tissu fibroïde, qui tranche par sa couleur et sa consistance sur le tissu spongieux et sur la mœlle. Le cylindre correspond au renflement hyperostosique.

Une coupe, semblable à la précédente, montre des lésions analogues, mais moins avancées, du coude droit. Le cubitus présente le même épaississement et même stratification du tissu compact. Au centre de l'os, on trouve un cylindre de tissu analogue à celui que nous avons décrit plus haut, long de quatre centimètres et arrivant jusqu'au dessous du cartilage olécrânien.

Sur l'humérus, on retrouve le même tissu, mais il y a deux ilôts, l'un au niveau du bulbe inférieur, du volume d'une petite noisette, l'autre cylindrique de 4 centimères de longueur. Mêmes lésions sur les tibias, mais exclusivement diaphysaires.

II. Rhumatisme déformant hérédo-syphilitique. — Cette variété n'est en somme que le rhumatisme chronique déformant vulgaire, apparaissant sous l'influence de l'Hérédo-Syphilis. Il est permis de penser que la syphilis héréditaire, évoluant sur un terrain prédisposé, détermine, tout comme le font la tuberculose, la diphtérie et autres infections, des lésions identiques à celles que nous sommes habitués de rencontrer dans le rhumatisme chronique. Si nous ne pouvons affirmer le fait d'une façon absolument catégorique, il est cependant hors de doute que celui qui aura compulsé les cas que nous citons plus bas, sera tenté d'y voir une relation de cause à effet. « Je crois, dit E. Fournier, que de la tare hérédo-syphilitique peut résulter le syndrome pathologique tour à tour décrit sous les noms de goutte arthritique primitive, rhumatisme goutteux, rhumatisme chronique primitif, noueux, polyarthrite déformante ou, plus couramment, rhumatisme chronique déformant. En un mot et à parler net, mes observations m'ont laissé cette conviction que l'*hérédo-syphilis fait du rhumatisme chronique déformant* ».

Fréquence. — Les cas de ce rhumatisme déformant hérédo-spécifique sont rares, car l'attention a été attirée sur ce point depuis peu de temps. Céry en rapporte une observation dans sa thèse (Nancy 1892), Moncorvo publie le cas d'un poupon de cinq mois, le Professeur Haushalter présente à la Société de Médecine de Nancy (1906) un enfant de vingt-huit mois présentant des lésions de cet ordre, enfin

E. Fournier, dans son travail, en plublie plusieurs observations.

Apparition. — C'est une affection du jeune âge, parfois du tout jeune âge : 5 mois (Moncorvo), 28 mois (Haushalter), mais elle peut se montrer à un âge plus avancé : 8 ans, 14 ans (Fournier), 13 ans (Céry).

Siège. — Toutes les articulations peuvent être atteintes. Ordinairement, plusieurs le sont en même temps, car l'affection a tendance à se disséminer et à se généraliser. Mais ce sont surtout les doigts et les orteils qui sont le siège de prédilection des déformations, puis viennent les poignets et les cous-de-pieds, les genoux, beaucoup plus rarement la hanche. L'épaule est souvent indemme.

Symptomatologie. — La symptomatologie est celle du rhumatisme chronique de l'enfant, différent en plus d'un point de celle du rhumatisme chronique de l'adulte.

Le début de l'affection est aigu ou insidieux. Dans le premier cas, les douleurs apparaissent brusquement, le matin au réveil, dans plusieurs articulations: ces douleurs s'accompagnent de fièvre et de symptômes généraux. Ou bien, le début est insidieux et apyrétique, se traduisant par de la perte de l'appétit et de l'amaigrissement.

Puis le malade ressent des douleurs dans les jointures qui se gonflent et peuvent renfermer du liquide. L'affection, d'abord localisée, tend à se généraliser en suivant une marche progressive et symétrique. L'enfant s'immobilise, prend une attitude soudée ;

finalement, les déformations apparaissent, entraînant des contractures et de l'atrophie musculaire réflexe. Ces déformations sont symétriques, mais tandis que chez l'homme mûr leur marche est centripète, chez l'enfant, elle est plutôt centrifuge. Aux mains, on peut observer différents types de déformations, bien décrits dans la thèse de Maillard (Nancy 1907).

Type 1. — Flexion de la phalangette sur la phalangine, celle-ci en extension sur la phalange. Flexion de la phalange sur les métacarpiens, flexion moins marquée des métacarpiens sur le carpe et du carpe sur les os de l'avant-bras. Déviation de la main vers le bord cubital.

Type 2. — Extension de la phalangette sur la phalangine, flexion de la phalangine sur la phalange, extension de la phalange sur le carpe et flexion du carpe sur les os de l'avant-bras.

Type 3. — Les trois phalanges sont rigides, on observe une demi flexion de la phalange sur le métacarpe, dont la tête fait saillie au poignet. Déviation de la main sur le bord cubital.

Le coude, peu hypertrophié, est en flexion ; l'épaule est peu souvent atteinte.

Au membre inférieur, les articulations des orteils sont hypertrophiées, mais on observe assez rarement des déformations. Les autres jointures peuvent être également frappées, produisant des déformations ou des attitudes vicieuses du membre inférieur : pied bot, flexion de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin.

Ces lésions des divers articles ne vont pas sans déterminer une grande gêne des mouvements et de l'atrophie musculaire réflexe. Enfin, il n'est pas rare de noter des troubles de la sensibilité et des troubles trophiques (peau pâle, humide, pigmentation des mains, dyshydrose ou sueurs profuses).

L'état général est assez mauvais, les malades sont pâles et anémiés ; l'anorexie et la constipation sont de règle.

L'évolution de l'affection est longue, de durée parfois indéterminée. Les malades sont souvent condamnés à rester impotents, car le traitement a une action très peu marquée.

OBSERVATION XVI

Rhumatisme chronique déformant chez un enfant syphilitique héréditaire.

(Présenté par M. le Professeur Haushalter à la Société de Médecine de Nancy, 14/2 1906. Observation V de la thèse de Maillard, Nancy 1907.)

Pierre R.. , 28 mois.

Antécédent : le père, 34 ans, sous-officier d'artillerie, a eu des rhumatismes vers 1899, tousserait, mais semble bien portant.

La mère, 28 ans, bien portante jusqu'en décembre 1901 ; à ce moment, étant fiancée, elle aurait eu à la commissure labiale gauche un bouton gros comme un pois, indolore, et qu'elle ne soigna pas. Elle se maria en janvier 1902, et en avril de la même année apparaît sur son corps une éruption dont la description qu'elle en fait est celle de la roséole. Elle ne se soigne pas, devient enceinte, n'eut aucun accident pendant sa grossesse et l'accouchement se fit à terme et normalement.

Après l'accouchement et pendant qu'elle nourrissait, de nombreuses plaques apparurent sur ses parties génitales, ses seins et sa bouche. Elle fut traitée pendant cinq ou six mois par les frictions et l'huile grise.

L'enfant était indemne à la naissance, mais au bout de quinze jours il présenta une éruption caractérisée par de nombreuses bulles (pemphigus). A 7 mois, il eut des syphilides anales. Il commença à marcher vers un an. A 20 mois, il eu une crise convulsive à la suite de laquelle sa jambe et son bras gauches seraient restés paralysés.

Depuis quelque temps, il semble se plaindre de violentes douleurs dans les membres et crie dès qu'on veut les mobiliser. Il aurait suivi un traitement de 90 frictions environ.

On s'est trouvé en présence d'un enfant de taille normale, paraissant intelligent et possédant un état général assez satisfaisant. Pas de fièvre.

Bosses frontales saillantes. Dentition normale ; l'enfant s'alimente bien, pas de diarrhée.

Pas de ganglions. Kératite parenchymateuse et légère iritis aux deux yeux.

Epaississement des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations des doigts ; épaississement des épiphyses inférieures du radius ; tuméfaction de l'articulation radio-carpienne, main déjetée vers le bord cubital ; demi-flexion de la main sur l'avant-bras.

Elargissement considérable des épiphyses, aux membres inférieurs, surtout marqué à gauche. Au genou, épaississement des extrémités articulaires, fixation de l'article en demi-flexion ; rétraction des tendons du creux du jarret. Etat douloureux des articulations déformées.

Rien à la hanche, ni à l'articulation tibio-tarsienne. Les radiographies exécutées par M. le professeur Guilloz révèlent un épaississement des épiphyses inférieures et supérieures du tibia et du péroné. L'enfant demeure immobile, les bras fixés au corps, redoutant tout contact.

Il présente, en outre, des lésions autres que celles qu'on

pourrait attribuer au rhumatisme chronique ; tuméfaction ovoïde de la première phalange du petit doigt de la main gauche et de la première phalange du deuxième orteil aux deux pieds. Ces lésions sont semblables à celles du spina ventosa.

L'enfant ne présente cependant pas de tuberculose viscérale appréciable.

On a institué le traitement par injection de bi-iodure, on a fait 20 injections.

Le résultat a été peu marqué, un peu plus de mobilité des articulations ankylosées et moins de douleur au contact.

A remarquer ici :

a) L'existence de l'hérédo-syphilis et les antécédents tuberculeux (?) du père, deux facteurs, dont le premier surtout, peuvent produire des lésions semblables à celles du rhumatisme chronique.

b) Le début de l'affection à 20 mois, par des crises convulsives, la paralysie passagère et l'installation des lésions articulaires six mois environ après ce début.

c) Enfin, l'évolution progressive de la maladie et le peu de succès du traitement antispécifique.

OBSERVATION XVII

(Observation de la Clinique de M. le Professeur Haushalter. — Observation V *bis* de la thèse de Maillard)

Jean R..., habitant Marbache (près Nancy, Meurthe-et-Moselle), âgé de 11 ans et demi, entré à la clinique le 13 juin 1906. Le père, 40 ans, marchand de houille, alcoolique et probablement spécifique, s'est marié deux fois. Mère de l'enfant morte, dit-on, d'un cancer de l'estomac.

Trois autres enfants : un mort-né, un rachitique qui n'a marché qu'à 22 mois, un né à 7 mois, atteint un peu plus tard d'ophtalmie purulente. L'enfant qui nous occupe aurait eu mal aux yeux en novembre 1903 (il fut traité à ce moment par des piqûres, des frictions et l'iodure).

En janvier 1904, il ressentit des douleurs dans les genoux. Celles-ci s'atténuèrent, mais les genoux enflèrent à tel point qu'on fit des ponctions qui restèrent sans résultat.

Depuis quelques jours, toutes les articulations sont gonflées et douloureuses. L'enfant se plaint de maux de tête en se levant et tousse tous les matins. Va régulièrement à la selle. Incontinence d'urine depuis un an environ.

Au moment où on l'observe, on note : enfant de taille normale, à peau sèche, squameuse, à desquamation légère.

Quelques ganglions cervicaux. Un peu d'opacité du pourtour de la cornée. Malformations dentaires spécifiques. Incurvation en avant du tibia droit.

Gonflement considérable du genou droit, avec élargissement des condyles fémoraux et du plateau tibial.

30 cm. 1/2 de circonférence au lieu de 29 à gauche.

24 cm. 1/2 au-dessus du genou au lieu de 27 à gauche.

L'enfant se plaint de douleurs dans le poignet gauche, le coude droit, la cheville gauche, les articulations sont gonflées, rouges et douloureuses.

Pas d'atrophie musculaire. Pas d'hypertrophie de la rate ni du foie. Rien de particulier à signaler au niveau des autres appareils.

N.-B. — Se trouverait-on en présence d'un pseudo-rhumatisme chronique hérédo-syphilitique au début de son évolution ? On n'a pas relevé encore de déformations des mains ni des poignets, que l'on peut considérer comme signe pathognomonique de l'affection, mais ce qu'on peut dire, c'est qu'un pas de plus franchi, ces divers symptômes encore mal définis pourraient être classés dans le rhumatisme chronique.

OBSERVATION XVIII

(Extraite de l'*Hérédo-Syphilis tardive,* de E. Fournier, p. 345)

J. T..., 24 ans, atteinte à l'âge de 14 ans de douleurs et gonflement des coudes, des genoux et des poignets. Plus tard,

ont gagné les cous-de-pied, puis les petites articulations, surtout au niveau des mains ; plus tard et en dernier lieu les épaules et les hanches furent touchées. Toujours les lésions ont observé une rigoureuse symétrie.

Douleurs vives, déformations, atrophies musculaires, ankyloses, telle a été la symptomatologie de l'affection qui présenterait aujourd'hui le type classique du rhumatisme chronique déformant. Au début de son affection, la malade aurait été prise à propos d'une frayeur, d'accès de chorée. Les signes somatiques de syphilis héréditaire n'offrent rien, ne sont pas vraiment patents, mais la mère de la malade aurait eu de deux maris décédés tous deux, 21 enfants dont 14 seraient morts avant l'âge de 18 mois. Une sœur de 28 ans et un frère de 22 ans porteurs de stigmates d'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XIX

(Extraite de l' « *Hérédo-Syphilis tardive* » de E. Fournier, p. 347)

Garçon de 15 ans, présentant des mains toutes contrefaites et qui sont un type de rhumatisme déformant. Ce rhumatisme est congénital et n'a fait que s'accroître depuis la naissance. C'est de plus un type de dégénéré, quoique passablement intelligent.

Une sœur de 18 ans, exempte de toute syphilis acquise, a présenté au sein gauche des gommes qui ont cédé au traitement mercuriel. Le père de ces enfants serait lui-même syphilitique héréditaire ; et c'est chez leur grand-père qu'on a retrouvé les accidents de syphilis acquise.

OBSERVATION XX

(Malade présentée par M. le professeur Gaucher à la Société de Dermatologie. 1901)

Jeune fille de 16 ans, hérédo-syphilitique, dont le début de l'affection par les grandes articulations remontait à l'âge de 8 ou 9 ans.

On constatait les déformations des mains et des doigts telles que nous les avons signalées chez divers malades (type de flexion de Charcot). Des déformations des orteils, le gros orteil de chaque pied est rejeté en dehors et oblige les autres à chevaucher par dessus lui. Tuméfaction et déformation des poignets et des genoux. Atrophie musculaire.

La jeune fille présente des signes de dégénérescence et d'infantilisme, elle aurait 11 frères et sœurs, 2 seraient actuellement vivants, 9 seraient morts en bas-âge. Les parents, morts à l'âge de 65 ans et 48 ans, n'auraient jamais présenté de symptômes rhumatismaux.

E. Fournier conclut de ces diverses observations que l'hérédo-syphilis peut faire du rhumatisme chronique deformant, mais à ces différences près :

1° Que le rhumatisme chronique d'origine hérédo-syphilitique débute dans le jeune âge, à l'inverse du vrai.

2° Qu'il envahit d'abord les grandes articulations.

3° Qu'on retrouve, comme tare héréditaire, non du rhumatisme, mais de la syphilis dans les antécédents des malades.

OBSERVATION XXI

(Moncorvo, in bulletin, Académie de Médecine. 1900)

Garçon de 5 mois, hérédo-syphilitique par son père et dont la mère eut plusieurs attaques de rhumatisme. De plus, l'enfant habitait dans une maison basse à côté d'un terrain marécageux, peuplé de moustiques.

Nodosités fusiformes enveloppant complètement l'article métacarpo-phalangien du pouce.

Mêmes nodosités au niveau des articulations des deux premières phalanges des autres doigts.

Jointures douloureuses. Doigts affectés en demi-flexion. Les pieds sont indemnes.

L'enfant étant sorti trop tôt, ne put suivre le traitement contre l'hérédo-spécificité.

OBSERVATION XXII

(In thèse Céry (Nancy 1892). Obs. communiquée par le Dr Gubian)

Pierre B..., 13 ans, le père syphilitique, la mère rhumatisante.

Déformation des doigts et des orteils. Nodosités sur les apophyses épineuses des 2e et 3e cervicales et de la 4e Dorsale.

Mort de cachexie tuberculeuse.

DIAGNOSTIC

Il est très important dans la pratique, en présence de manifestations articulaires, de savoir reconnaître leur origine hérédo-syphilitique, de façon à leur opposer le plus tôt possible le traitement qui leur convient. Quelquefois, ce diagnostic est très facile, il saute aux yeux pour ainsi dire, grâce aux renseignements obtenus, mais parfois il est d'une difficulté extrême, soit qu'il n'existe aucune trace de syphilis actuelle ou ancienne, soit qu'un malade manifestement tuberculeux, par exemple, présente en outre une arthropathie syphilitique.

Quoiqu'il en soit, nous croyons qu'en présence de tous les cas nous devons nous poser deux questions :

1° Le malade est-il hérédo-syphilitique ?

2° L'affection dont il souffre est-elle d'origine hérédo-syphilitique ?

1° *Le malade est-il hérédo-syphilitique ?* — Pour répondre à cette première question, il nous faut d'abord interroger les parents. Nous demanderons au père s'il n'a jamais eu de chancre, de taches sur le corps, de maux de gorge, de douleurs dans les

membres. En présence d'une réponse négative, il ne faut pas désarmer, pousser nos recherches plus loin, car la syphilis peut être niée par fausse honte ou même être méconnue.

Nous questionnerons la mère au point de vue de ses grossesses antérieures et de l'état de santé de ses autres enfants. Y a-t-il eu des fausses couches, des accouchements avant terme, des naissances d'enfants morts ? Il ne faut négliger aucune de ces demandes, car elles peuvent toutes nous être d'une utilité extrême pour nous mettre sur la voie du diagnostic. Nous rappellerons à ce sujet l'exemple d'un malade qui, affecté d'une tumeur pelvienne diagnostiquée cancéreuse, a dû certainement la vie à la découverte d'une tare hérédo-syphilitique faite sur un de ses frères, ce qui lui faisait dire : « J'ai été sauvé par les yeux de mon frère ». (E. Fournier. Hérédo-Syphilis tardive).

Mais quelquefois nous ne pouvons obtenir de renseignements et il faut nous borner à examiner notre malade. Le simple examen superficiel peut parfois nous révéler la présence d'une lésion manifestement spécifique, comme dans notre observation I où notre malade avait été atteinte, deux ans auparavant, d'une Kératite interstitielle ayant nécessité l'énucléation d'un œil, et avait présenté dans la suite une gomme du bras et du voile du palais. Nous devons rechercher avec attention les différents stigmates de la syphilis héréditaire que nous avons relatés dans un chapitre précédent, et surtout la Kératite interstitielle mono ou bilatérale, que l'on trouve notée

dans bon nombre d'observations, l'effondrement des os du nez, les malformations de la voûte palatine, des dents, la triade d'Hutchinson, et enfin les hyperostoses du crâne, des côtes et des os longs.

Il se peut cependant que malgré un examen approfondi, nous n'ayons trouvé aucun signe révélateur et que l'arthropathie soit la seule lésion d'ordre spécifique. Dans ce cas, notre tâche est plus ardue et il nous faut, grâce aux symptômes de notre affection, établir que nous avons bien affaire à une manifestation hérédo-syphilitique. C'est ce que nous allons envisager de suite.

II. L'affection dont il souffre est-elle d'origine hérédo-syphilitique ? — De ce que nous avons découvert, chez un malade porteur de manifestations articulaires, des stigmates d'hérédo-syphilis, il ne s'ensuit pas que l'affection articulaire qu'il présente soit forcément d'origine spécifique héréditaire. Il nous faut de plus montrer que les symptômes observés chez lui sont bien ceux que l'on observe d'habitude dans les arthropathies dont nous nous occupons, et que nous n'avons pas affaire, par exemple, à une lésion tuberculeuse. Il nous faut, en un mot, établir le diagnostic différentiel. Ce diagnostic différentiel variera suivant la variété d'arthropathie.

a) *L'ostéo-arthropathie simple* peut-être confondue surtout avec la vraie tumeur blanche, et accessoirement avec l'ostéo-sarcome des extrémités osseuses, l'ostéomyélite juxta-épiphysaire des adolescents et le rhumatisme articulaire aïgu.

Parmi les affections qui peuvent simuler l'ostéo-arthropathie de la syphilis héréditaire, la *tumeur blanche tuberculeuse* est certainement la plus commune et la plus importante. Les deux affections ont, en effet, bien des points de ressemblance : elles apparaissent surtout dans l'enfance, prédominent aux genoux et aux coudes et, à un examen superficiel, elles peuvent être prises l'une pour l'autre. Et cependant, il existe bien des caractères distinctifs.

Lorsqu'on examine comparativement deux articulations atteintes, l'une de tumeur blanche tuberculeuse, l'autre de pseudo-tumeur blanche syphilitique, on s'aperçoit facilement que dans la première, le réseau veineux superficiel est beaucoup plus marqué que dans la seconde, le gonflement, au lieu d'être d'une dureté osseuse, est de consistance inégale, dur en certains points, mollasse et fongueux en d'autres. La main qui explore perçoit la sensation d'une fausse fluctuation plutôt que d'une fluctuation franche et nette. Les fongosités qui ne se rencontrent jamais dans la pseudo-tumeur blanche syphilitique, sont la règle dans la tumeur blanche tuberculeuse. Dans cette dernière, la peau avoisinante est souvent le siège de fistules, à bords violacés et décollés, laissant écouler un pus mal lié ; dans l'autre, les fistules sont une exception, leur orifice est arrondi et taillé à l'emporte-pièce plutôt que décollé, il donne issue à un pus crémeux gommeux, et la peau, à leur niveau, revêt souvent une pigmentation cuivrée. Dans la tumeur blanche tuberculeuse, l'engorgement ganglionnaire, les contractures et attitudes vicieuses

sont de règle. Les mouvements sont très limités et douloureux. Il existe des douleurs spontanées violentes, calmées seulement par l'immobilisation. Dans la pseudo-tumeur blanche, rien de tout cela ou très rarement. Les mouvements sont conservés ou gênés seulement par l'épanchement. Les douleurs sont peu marquées, surtout nocturnes, à caractère ostéocope.

Dans la tuberculose, l'état général est très mauvais, la courbe thermique montre une température à grandes oscillations, la consomption est rapide, l'appétit est nul, et il y a souvent coexistence de lésions pulmonaires ou laryngées.

Dans la syphilis, au contraire, l'état général est assez bon, la température est normale, l'enfant n'est pas déprimé, il ne s'inquiète pas de sa jointure, il « l'oublie » parce qu'il n'en souffre pas et que cela ne le gêne en rien.

Enfin, alors que le traitement mercuriel et ioduré, qui reste la pierre de touche dans les cas douteux, demeure sans résultat quand il est dirigé contre la tumeur blanche tuberculeuse, il est suivi d'une amélioration manifeste et rapide dans la plupart des cas de pseudo-tumeur blanche syphilitique.

L'ostéo-sarcome des extrémités osseuses peut prêter également à confusion. C'est, en effet, une affection de la jeunesse, avec son maximum de fréquence entre l'âge de dix et trente ans. De plus, dans l'ostéo-sarcome, on note souvent l'absence de douleurs dans les mouvements provoqués et la possibilité de ces mouvements, ce qui fait qu'au début le diagnostic avec l'arthropathie hérédo-syphilitique peut-être

rendu très difficile. Mais plus tard, quand la tumeur a acquis un volume exagéré, qu'elle se ramollit par places, qu'elle est animée de battements, de mouvements d'expansion et que l'on perçoit des bruits de souffle, les deux affections ne peuvent plus souffrir la comparaison.

L'ostéo-myélite juxta-épiphysaire des adolescents sera rarement confondue avec l'arthropathie hérédospécifique grâce à la coexistence de symptômes généraux souvent fort graves : fièvre élevée, pouls rapide, prostration du malade, douleurs très vives.

Le rhumatisme articulaire aïgu se reconnaîtra grâce à la présence de la fièvre qui monte à 39° rapidement et s'y maintient, des douleurs exquises exagérées par la pression, de l'aspect de la peau qui est marbrée de taches rouges et présente une rougeur diffuse sur le trajet des gaînes tendineuses.

Enfin, *l'hydarthrose de la blennorrhagie*, à allure chronique, frappant de préférence le genou, peut être aussi rapprochée de la pseudo-tumeur blanche de la syphilis héréditaire tardive. Le diagnostic sera facilité par la notion d'une blennorrhagie antérieure et l'intégrité des extrémités osseuses.

b) La deuxième variété, *l'arthropatie déformante* peut surtout être confondue avec les exostoses ostéogéniques de la croissance, le rhumatisme tuberculeux déformant et le rhumatisme chronique déformant.

Les exostoses ostéogéniques de la croissance seront caractérisées par ce fait qu'elles sont le plus souvent

multiples, ordinairement symétriques, qu'elles choisissent d'habitude l'épiphyse la plus fertile, qu'elles se développent sans provoquer de douleurs et qu'elles ne déterminent pas de gêne des mouvements, d'attitudes vicieuses et d'ankylose.

Le rhumatisme tuberculeux déformant, décrit par l'Ecole de Lyon, Poncet et ses élèves, s'observe chez des malades porteurs de tuberculose pulmonaire atténuée et souvent fibreuse. Il se rencontre surtout vers la 20e année, mais on peut l'observer plus tôt et c'est à cet âge qu'il est parfois difficile de le différencier de l'arthropathie déformante. Il débute par des douleurs, sans cause appréciable ou à l'occasion d'une fatigue quelconque, douleurs se montrant surtout pendant la nuit, puis les articulations gonflent et les parties molles se tuméfient. C'est même cette tuméfaction des parties molles, sans rougeur ni inflammation, qui attire l'attention : or, elle n'existe jamais dans l'arthropathie déformante. De plus, la palpation des articulations atteintes donne aux doigts la sensation d'une mollesse spéciale, assez comparable à la fausse fluctuation des fongosités de la tumeur blanche ; d'autres fois, on perçoit une crépitation identique à celle des synovites à grains riziformes. Enfin, la palpation plus profonde montre la disparition complète de l'interligne articulaire, par suite de la coaptation des extrémités osseuses et de la rétraction fibro-tendineuse.

Le rhumatisme chronique déformant, surtout à une certaine période de son évolution, peut être

facilement confondu avec l'arthropathie déformante. Toutefois, il faut se rappeler que ce rhumatisme est plutôt une maladie de l'âge avancé, se développant surtout entre 40 et 50 ans, qu'il débute le plus souvent d'une façon symétrique par les articulations métacarpo-phalangiennes, produisant à la main des déformations spéciales. Enfin, il a une longueur désespérante et résiste à tous les traitements.

Mais là où croissent les difficultés, c'est quand il nous faut différencier un rhumatisme chronique déformant simple d'un rhumatisme déformant hérédo-syphilitique. Il faudra surtout nous guider dans ces cas sur les commémoratifs, l'évolution de l'affection, nous rappelant que dans l'hérédo-syphilis les grandes articulations sont d'abord atteintes et que les petites ne sont intéressées qu'en second lieu, que ce rhumatisme hérédo-syphilitique débute dans le jeune âge, parfois dans le tout jeune âge et qu'enfin l'étiologie des deux affections est absolument dissemblable.

De plus, il faut se souvenir qu'il n'y a pas que l'hérédo-syphilis qui puisse donner lieu à du rhumatisme dans le jeune âge. La tuberculose, la blennorrhagie, la scarlatine, la diphtérie, certaines diathèses sont capables de donner naissance à des manifestations de rhumatisme chronique chez les enfants. Dans ces cas, le diagnostic se fera surtout d'après les commémoratifs.

Telles sont les différentes maladies articulaires ou osseuses qui peuvent prêter à confusion avec les

diverses variétés d'arthropathie spécifique héréditaire.

En résumé, le diagnostic s'établira donc surtout grâce à la connaissance des antécédents héréditaires et personnels du malade, grâce aux symptômes de l'affection et à l'influence du traitement. Un jour viendra peut-être où on pourra étayer ce diagnostic sur des bases scientifiques plus rigoureuses : recherche du spironème dans le liquide d'hydarthrose, injection de ce liquide à des animaux. Jusqu'à présent, il n'existe pas, à notre connaissance, de tentatives semblables.

Les recherches de laboratoire, la réaction de Wassermann, la cuti-réaction, les réactions d'Achard et de Sabrazès pourront également aider à établir le diagnostic différentiel.

Enfin les indications fournies par le traitement : « naturam morborum curationes demonstrant. »

PRONOSTIC

Le pronostic des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire est, en général, un pronostic bénin, à une condition toutefois, c'est que le diagnostic soit précoce et le traitement régulièrement suivi. Nous pouvons voir, en effet, à la lecture des diverses observations, que les lésions rétrocèdent assez vite sous l'influence du traitement mercuriel, et en particulier l'hydarthrose et l'augmentation de volume des extrémités osseuses. D'autre part, quand bien même le traitement n'aurait pas une action bien marquée, les malades ne souffrent pas beaucoup de leur lésion, ils peuvent vaquer à leurs jeux et à leurs occupations, ils ont conservé l'intégrité presque absolue de leurs mouvements et leur état général est resté assez bon.

Il n'en est pas tout à fait de même pour l'arthropatie déformante. Dans cette dernière, le pronostic est assez sérieux en raison de l'impotence fonctionnelle plus ou moins marquée qu'elle laisse après elle. L'action du traitement antisyphilitique est beaucoup moins manifeste dans ces cas que pour que les autres arthropathies spécifiques soignées à

temps et énergiquement. Les hyperostoses cessent de s'accroître, rétrocèdent même en partie, mais jamais complètement.

Le pronostic du rhumatisme déformant hérédo-syphilitique est également un pronostic sérieux, en raison de l'anémie des malades, qui peut aboutir parfois à la cachexie.

De plus, les enfants atteints de ce rhumatisme déformant sont des infirmes, incapables souvent de tout travail manuel.

Mais les cas d'arthropathie déformante sont beaucoup moins fréquents que les cas d'ostéo-arthropathie simple et, malgré tout, de toutes les manifestations de la syphilis héréditaire, il semble que les manifestations articulaires soient de celles dont le pronostic soit le plus favorable. Il suffit de savoir les diagnostiquer, il faut en présence d'une lésion ayant les allures d'une tumeur blanche, songer parfois à la syphilis et ne pas laisser ces arthropathies spécifiques arriver à l'ankylose, aux déformations qui rendront pour le reste de l'existence un membre impotent.

« Se tromper est parfois sans conséquence, dit Morestin, soupçonnez la syphilis et donnez le bon traitement, en quelques jours le malade sera guéri ; passez à côté et le mal durera, s'aggravant sans cesse, en dépit des moyens mis en œuvre. J'ai vu des malades dont on avait ainsi gaspillé le temps et perdu le travail pendant des mois, cependant qu'on laissait les lésions s'invétérer, se compliquer et devenir même incurables sans opération ».

TRAITEMENT

S'il est quelques affections contre lesquelles la thérapeutique est impuissante, il n'en est pas de même pour la syphilis. Le traitement antisyphilitique institué de bonne heure et régulièrement suivi manifeste presque toujours son influence bienfaisante et c'est le cas de répéter ici avec le professeur Gaucher : « Dans le doute ne t'abstiens pas ». L'institution d'un traitement d'épreuve par le mercure et l'Iodure de potassium dans les cas douteux est donc extrêmement précieux au point de vue diagnostic. Cependant, il ne faut pas exagérer la valeur de ce moyen et il faut bien se dire que des arthropathies syphilitiques peuvent résister au traitement spécifique. D'autre part, il existe un certain nombre de cas où des lésions de nature franchement tuberculeuse, des arthrites blennorrhagiques également, ont guéri par le mercure. Peut-être les mercuriaux agissent-ils dans ces cas comme antiseptiques et bactéricides.

De plus, il est digne de remarque que les accidents de la syphilis héréditaire demandent souvent un traitement plus long que les accidents de même nature de la syphilis acquise.

Mais tous ces faits ne sauraient retirer aux préparations hydrargyriques leur action spécifique dans la syphilis. Aussi les employerons-nous avec bénéfice aussi bien contre les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire que contre toutes les autres manifestations. Il est cependant des cas où le diagnostic ayant été fait trop tardivement, nous serons obligés de faire appel à un chirurgien pour traiter une complication, une ankylose par exemple. Ceci nous amène à envisager successivement le traitement médical et le traitement chirurgical.

A) Traitement médical. — Ce traitement sera local ou général. Il est évident que le second l'emporte de beaucoup sur le premier, puisqu'il s'attaque à la cause même de l'affection.

a) *Traitement local.* — Il se réduira à peu de chose. Si l'on a affaire à une arthropathie avec épanchement, on pourra faire des applications de teinture d'iode sur la jointure malade et surtout recourir à l'enveloppement ouaté et à la compression par une bande de flanelle qui agira en partie pour diminuer l'épanchement. Mais il ne faudra jamais immobiliser le membre malade, comme on le fait dans les arthrites tuberculeuses.

Les thérapeutes allemands préconisent les massages, les mouvements provoqués, les bains sulfureux dont ils disent avoir retiré de grands avantages.

Contre les douleurs, on pourra employer les différents analgésiques (cocaïne, morphine, stovaïne),

sous forme de pommades, liniments ou pulvérisations. S'il existe des fistules, il faudra les panser aseptiquement avec de l'eau bouillie ou une solution antiseptique pour prévenir les infections secondaires.

b) *Traitement général.* — Ce traitement général, qui est de beaucoup plus efficace, ne devra jamais être retardé. Même dans les cas où le diagnostic est très incertain, il devra être essayé et grâce à lui on verra souvent la guérison des lésions venir affirmer leur nature syphilitique. Ce traitement se résume dans l'administration de mercure et d'iodure de potassium.

L'iodure de potassium qui était presque seul employé autrefois contre les productions gommeuses, tend à perdre peu à peu de son crédit. Nous croyons cependant qu'il ne doit pas être rejeté tout à fait et que son action résolutive peut aider à la guérison. On peut le prescrire à la dose de vingt centigrammes par année d'âge, à prendre aux repas, dans du lait, de l'eau ou de la bière, pour éviter son action irritante sur l'estomac.

Mais l'iodure ne suffit pas, ce n'est même qu'un adjuvant du mercure. Il nous reste donc maintenant à savoir quelle est la forme du traitement hydrargyrique qui convient le mieux.

Les trois modes d'administration du mercure sont les pilules et solutions, les frictions et les injections hypodermiques. Nous dirons de suite que dans tous les cas où il nous sera possible de le faire, nous

donnerons la préférence aux injections hypodermiques.

Les pilules et les frictions mercurielles sont en effet passibles de graves reproches.

Les premières sont d'une efficacité très variable suivant leur mode de préparation et leur ancienneté : quand elles ne sont pas fraîches, elles n'ont aucune action. Avec les secondes, il est impossible de savoir la quantité exacte de mercure qui est absorbée, cette absorption se faisant d'une façon tout à fait inégale suivant les individus.

De plus, c'est un traitement malpropre, vexatoire, pouvant provoquer des dénonciations sur la nature de la maladie.

Enfin, lorsqu'on veut agir énergiquement et rapidement, les pilules et frictions sont insuffisantes, il faut s'adresser aux injections intra-musculaires. Une observation de notre thèse (Obs. X) nous montre très nettement la supériorité de ce mode de traitement.

Nous ne voulons pas nous étendre sur la technique opératoire des injections intra-musculaires. On pourra recourir aux sels solubles ou aux préparations insolubles (huile grise, calomel). Qu'il nous suffise de dire que nous avons vu expérimenter avec succès dans le service de M. le Professeur Spillmann, soit l'huile grise, soit le bi-iodure, soit encore l'hermophényl.

On fait par exemple une série de cinq ou sept injections d'huile grise, une toutes les semaines, et on interrompt ensuite pendant six semaines. Le bi-

iodure s'administre en injections quotidiennes ou seulement tous les deux jours : les doses varient entre un ou deux milligrammes pour les très jeunes enfants et un ou deux centigrammes pour les adultes.

S'il est enfin des cas où, pour une raison ou pour une autre, on ne puisse employer les injections, on utilisera les frictions quotidiennes avec gros comme une noisette d'onguent napolitain ou bien on ordonnera la liqueur de Van Swieten par cuillerée à café dans du lait.

Pendant toute la durée du traitement, il ne faudra pas oublier de visiter la dentition et recommander le nettoyage quotidien.

b) *Traitement chirurgical.* — Nous ne parlerons de ce traitement que comme mémoire, estimant que toujours le traitement mercuriel devrait suffire. A ce propos, Méricamp écrivait : « Le jour où les chirurgiens tourneront sérieusement leur attention vers les accidents de la syphilis héréditaire, ils arriveront à guérir à peu de frais nombre de manifestations articulaires contre lesquelles tout l'arsenal chirurgical eut échoué ».

Quoiqu'il en soit, les chirurgiens allemands ont publié bon nombre d'observations dans lesquelles ils sont intervenus par une opération quelconque, ponction, arthrotomie, résection, voire même amputation.

La ponction se fait avec un trocart fin et l'on fait ensuite la compression de la jointure.

L'arthrotomie semble réservée aux arthropathies

qui secondairement sont devenues suppurées, soit par ouverture d'une gomme dans la synoviale, soit par infection venue de l'extérieur.

La résection a été pratiquée un assez grand nombre de fois en Allemagne. Güterbock, Giebe, Hueter, Lücke, Schede, Tilmann, Bardeleben en rapportent des cas. Middeldorpf estime que quand le traitement antisyphilitique ne donne plus rien, c'est le seul moyen de rendre au malade la vie et un membre dont il puisse se servir. Il rapporte quatre cas de résection du coude pour syphilis articulaire, syphilis acquise dans deux cas, héréditaire dans deux autres : le résultat a été bon.

Quelquefois, notamment dans une observation de Jullien, la douleur était telle et si résistante aux traitements que la trépanation fut faite, avec succès d'ailleurs. C'est ce que fit Albertin pour un syphilome para-articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus droit; il pratiqua l'évidement osseux avec arthrotomie de nécessité et excision d'un fragment de la capsule et de la synoviale ; la guérison immédiate et éloignée fut parfaite.

Mais toutes ces différentes opérations peuvent être dangereuses pour le malade et nous estimons qu'avant d'arriver à cette extrémité, l'on devra toujours instituer un traitement hydrargyrique énergique.

CONCLUSIONS

I. La syphilis héréditaire, à elle seule et pour son propre compte, peut engendrer des arthropathies. Elle peut donc se révéler au clinicien grâce à l'existence de stigmates articulaires, encore très peu connus, mais cependant réels.

II. Ces lésions des articulations donnent lieu à un ensemble de symptômes, qui varient suivant l'âge de la maladie. On peut les diviser en deux variétés : la pseudo-tumeur blanche syphilitique et l'arthropathie déformante.

III. Le diagnostic souvent difficile, mais d'autant plus important qu'il sera plus précoce, aura pour but d'établir la distinction entre les formes cliniques d'ostéo-arthropathie que nous avons décrites et les différentes affections que nous avons déjà énumérées, à savoir : la tumeur blanche vraie, le rachitisme, l'ostéo-sarcome des extrémités osseuses, l'ostéomyélite juxta-épiphysaire, le rhumatisme tuberculeux déformant, le rhumatisme de Poncet, le rhumatisme chronique déformant et les lésions articulaires d'origine gonococcique.

IV. Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire sont ordinairement influencées d'une façon très favorable par le traitement spécifique, qui suffit à lui seul pour faire disparaître les accidents. Leur pronostic est donc généralement bénin.

Vu :

Nancy, le 15 Mars 1910.

Le Président de la Thèse,

SPILLMANN.

Vu :

Nancy, le 17 Mars 1910.

Le Doyen,

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 18 Mars 1910.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albertin. — *Province Médicale*, 1894 (20 octobre).

Apert. — Syph. H. tardive. Péritonite chronique. Cirrhose atrophique du foie. Hypertrophie considérable de la rate. Lésions osseuses. Ostéo-arthropathies, *Bulletin de la Soc. anatomique*, 15 novembre 1895, p. 645.

— *Traité des maladies familiales*, 1907.

Audry. — *Revue de chirurgie*, 1888, p. 829.

Baginski. — *Berl. med. Gesellsch.*, 25 juin 1884.

— *Berlin klin. Wochensch.*, 1884, p. 548.

Bardeleben. — *Charite Annalen*, Berlin, V., p. 514.

Baudelot (G.). — Ostéo-arthropathie avec contracture dans la S. H. tardive, Th., Paris 1900.

Beaumès. — *Traité des maladies vénériennes*, 1805.

Berger (O.) — *Berlin. klin. Wochenschrift*, 13 juin 1873.

Borchard. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Bd LXI.

Bouilly. — Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques, Th. Agrégation, Paris 1878.

Bowlby. — *British med. Journal*, novembre 1893, vol. II, p. 946.

Brochin. — Quelques mots sur les tumeurs blanches syphilitiques, *Gazette des Hôpitaux*, 1854, n° 39.

Céry. — Etude du rhumatisme noueux chez l'enfant, Th. Nancy 1892.

Chaboux. — Thèse, Paris 1875.

Cheminade. — De l'arthrite syphilitique, *Bull. de la Soc. méd. de Bordeaux*, 1890, p. 567.

Chomel. — *Leçons de clinique médicale*, 1837.

Chrétien (Ed.). — Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez une syphilitique, *Revue de médecine*, 1893, p. 326.

Clutton. — *Symetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis.* The Lancet, 27-2 1886, p. 393.

Conink (J. de). — Observation d'un cas de syphilis tertiaire terminée par la mort. Arthropathie du genou, *Bulletin de la Correspondance médicale de Gand*, février 1876.

Cornil. — *Leçons sur la syphilis*, 1879.

Cottin (E.). — Arthrite syphilitique tertiaire. Guérison par IK, *France médicale*, juillet 1879.

Crocq. — *Traité des tumeurs blanches des articulations*, Bruxelles 1853.

Danjou. — Les ostéo-arthropathies déformantes de la S. H., Th. Paris 1887.

Daulos. — Arthrite syphilit. déformante, *Ann. de Derm. et Syphilig.*, novembre 1896.

Dauzats. — Etude sur l'arthrite syphilitique, Th. Paris 1875.

Davasse. — La syphilis, ses formes, son unité, 1865, p. 314 et 366.

Debonnest (L.). — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manif. osseuses de la S. H. et de la tuberculose, Th. Paris 1905.

Defontaine. — De la syphilis articulaire, Th. Paris 1882.

Delaittre. — Etude sur l'historique, l'étiolog. et la pathogénie de la S. H. et particulièrement des manif. tardives, Th. Paris 1883.

Dreschfeld. — *Case of multiple syphilomata. Spontaneous fracture of clavicula and ot a rib*, *Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 283.

Duplay. — *Clinique in Bulletin médical*, 1er octobre 1893.

Duplay et Reglus. — *Traité de chirurgie*, t. III, p. 260.

Dureuil. — Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilit., Th. Paris 1880.

Fàlkson. — *Zur Lehre von den luctischen Gelenkleiden*, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1883, n° 25, p. 375.

Feltgen. — Pseudo-mal de Pott syphilitique, Th. Nancy 1903.
Finger (E.). — La syphilis et les maladies vénériennes. Traduct. Doyon et Spillmann, 1895.
Fouquet (Ch.). — De la syphilis articulaire, Th. Paris 1905.
Fournier (A.). — Leçons sur la syphilis, 1880.
— Syphilis héréditaire tardive, 1886.
— Arthropathies tertiaires. *La Syphilis*, nov. 1903, p. 321.
Fournier (A.) et Croujon. — Synovites et arthropathies syphilitiques, *Annales de Derm. et Syphilig.*, avril 1902, p. 266.
Fournier (E.). — Des stigmates de la S. H.
— Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive, Paris 1907.
Fowler. — *British medical Journal*, 1888, p. 181.
Frœlich. — *Revue médicale de l'Est*, mai 1909.
Gangolphe. — Congrès français de chirurgie, 1881.
— Contribution à l'Etude des localisations articulaires de la syphilis tertiaire.
— De l'ostéo-arthropathie syphilitique, *Annales de Derm. et Syphilig.*, 1885, nos 8 et 9, p. 449.
— Société anatomique de Paris (17 avril 1885).
Gaucher (E.). — *La France médicale*, 1879, 23 juin, p. 469.
Gelma. — Etude de la pseudo-tumeur blanche syphilitique, Th. Paris 1891.
Gies. — *Histologische und experimentelle Studien über Gelenkkranheiten. Gelenksyphilis. Deutsche Zeitschrift für Chir.* 1881, t. 2, p. 589.
Gressent. — Des manifestations tardives de la S. H., Th. Paris 1874.
Güterbock. — *Archives de Langenbeck*, Bd XXIII, p. 301.
— — Bd XXXI, p. 293.
— *Berlin. med. Gesellschaft*, séance du 1er mai 1878.
— *Berlin, klin. Woch.*, 1878, n° 41.
— *Ueber hereditar-syphilit. Erkrankungen der Gelenke. Arch. f. klin. Chir.*, 1879, p. 299.
— *Arch. f. klin. Chir.*, 1883, p. 288.

Haushalter (P.). — Rhumatisme chronique d'origine hérédo-syphilitique. Société de médecine, Nancy, 14-2 1906.

Haushalter, Etienne, L. Spillmann et Thiry. — Clin. médicales iconographiques. Nancy 1901.

Henoch. — *Beitræge zur Kinderheilkunde*, 1861, p. 192.

Hippel. — *Ueber die Haufigkeit von Gelenkerkrankungen bei hereditæren Syphilitischen. Münch. med. Woch.*, 4 août 1903.

Hutchinson. — Arthrite syphilitique du genou. *London Pathol. Society*, 16 octobre 1888.

— *British med. Journal*, 16 avril 1892.

Hutinel. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 187.

Imbert. — Des arthropath. syph. *Gaz. des Hôpitaux*, 1899, n° 21, p. 185.

Jastrokoff. — Arthropathies syphilit. *Ghirourg-Viestnik*, août-septembre 1904. — Travail russe analysé *in Presse médicale*. 1895, p. 14.

Jullien. — *Traité des maladies vénériennes*, 1879.

Kirmisson. — Cliniques sur l'app. locomoteur. *Bulletin Médical*, 24 mai 1889.

Kirmisson et Jacopson. — Des arthropath. dans la S. H. *Revue d'Orthopédie*, 1897, p. 366 et 446.

Knaak. — Affections articulaires dans la S. H. *Berlin, klin. Woch.*, n° 15, 1879, p. 215.

Koch. — *Berlin. klin. Woch.*, 1879, p. 356.

Lagrange. — Article syphilis articulaire du *Traité de Chirurgie*, Duplay-Reclus.

Lancereaux. — *Mémoires de la Société de Chirurgie*, sept. 1863.

— *Gaz. des Hôpitaux*, n° 32, 1863.

— *Traité de la Syphilis* (1re édition), 1866.

— Des arthrites syphilitiques. *Union Médicale*, 1873, p. 153.

Landerer. — *Einige Fælle von syphilitischen gelenkaffectionnen Erwachsener. Arch. f. klin. Chir.*, 1884, p. 217.

Lannelongue. — Diagnostic des arthrites syphilitiques. *Bull. Méd.*, 20 mars 1887 ; *Tribune Médicale*, septembre 1887.

Lapersonne (De). — Des arthrites infectieuses non tuberculeuses. Th. Paris, 1886.

Dentu (Le) et Delbet. — *Nouveau Traité de Chirurgie.* Mal. des articulations.

Maillard (Ch.). — Le rhumatisme chronique chez l'enfant. Th. Nancy, 1907.

Mannino. — Histoire clinique d'un cas de syphilis tardive simulant l'affection dite pseudo-tumeur blanche. *France Médicale,* 28 février 1888.

Guido-Marino. — *Policlinico,* janvier 1907.

Mauclaire (Pl.). — Contribution à l'étude des infections articulaires. Des arthrites suppurées dans les princip. mal. infectieuses. *Arch. génér. de Méd.*, 1895, p. 447.

— Article « Arthrop syphilitiques », dans *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet, tome VII, 1909, p. 99.

Mauriac. — Syphilis tertiaire et S. H., 1890.

Maussurow. — *Viertelj f. Derm. und syph.*, 1881, II et III.

Max-Schuller. — *Ueber syphilische gelenkleiden. Verkaudl. der Deutsch gesellsch. f. chir.*, XI, 1882, p. 123.

— *Arch. f. klin, Chir.*, 1883, p. 418.

— *Arch. de Langenbeck*, 1882, t. XXVII.

— *Gazette hebdomadaire*, 1882, p. 725.

Melchior (R.). — *Nouveau Traité des Mal. vénériennes. Laskevich. Wiéner. Méd. press.*

Ménard, Lemoine et Penard. — Contribution à l'étude climique et radiographique de la S. H. des os longs. Complications : arthrites secondaires. *Gaz. des Hôpitaux*, 1908, p. 605.

Méricamp. — Des arthrop. syphilit. tertiaires. Th. Paris, 1882.

Méry et Guillemot. — S. H. tardive, K. I. Double ostéo-arthropathie des genoux. Ostéo-arthropath. déformante. Irido-choroïdite double. *Soc. méd. des Hôpitaux*, avril 1903, p. 325.

Méry et Terrien. — Arthrop. syphilitique à forme douloureuse chez un enfant de quatre ans. La Pédiatrie Pratique, 15 juillet 1904, p. 163.

Métayer. — Les manif. articulaires dans la S. H. tardive. Th., Paris, 1904.

Middeldorpf (G.). — *Weitere Beitræge zur Resection des Ellenbogengelenkes. Arch. klin. Chir.*, 1885, p. 227.

Mollière (D.). — Arthrite syphilitique. *Lyon Médical*, décembre 1879.

Monastirky. — *In Thèse Gelma.*

Morel-Lavallée. — Les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. Considérations sur les exostoses. *Union Médicale*, 3 mai 1888, p. 693.

Moussous. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1900.

Mracek. — *Arthromeningitis syphilitica Wien. Med. Presse*, 1886.

Panas. — *Nouveau Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*, t. III. Article : articulations, 1865.

Pascalidès (P.). — Tumeur blanche syphilitique. Th. Paris, 1905.

Pelagatli. — *Clinica chirurgica*, nov. 1907.

Percy-Paton. — *Syphilitic joint disease. British Med. Journal*, nov. 1903, p. 1389.

Pekle. — Des arthropathies syphilitiques précoces. Th. Paris, 1894.

Perrogon. — De l'intervent. chirurgicale dans l'arthralgie à forme rebelle et persistante. Th. Lyon, 1893.

Petersen. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1889. Bd. XXXIX, p. 3.

Pierre (Saint-). — Contribut. à l'étude des arthrop. de la S. H. tardive. Th. Lyon, 1900.

Plateau. — Sur les épanchements articul. dans la syphilis. Th. Paris, 1877.

Ranguedat. — Des arthrites dans la S. H. Th. Paris, 1883.

Rasch (C.). — *Beitræge zur Kentniss der syphil. gelenkkrankheiten. Arch. f. Derm. und syph.*, 1901, p. 91.

Rebeyrolle. — Contrib. à l'étude de la S. osseuse héréd. tardive dans ses manif. épiphysaires et articulaires. Th. Paris, 1902.

Richet. — Mémoire sur les tumeurs blanches. *Mémoires de l'Acad. de Méd.* 1853, t. XVII, p. 249.

Robinson. — *British med. Journal*, mai 1896.

Rocher. — *Gazette hebdomadaire des Sc. médicales.* Bordeaux, 1904, p. 462.

Rolland. — Sur un cas d'ostéo-arthrop. hyperostosique tardive chez un hérédo-syphilitique. Th. Bordeaux, 1888.

Rommiano. — Congrès de Dermatologie de Vienne, 1892.

Roussel. — De la syphilis tertiaire dans la seconde enfance et chez les adolescents. Th. Paris, 1887.

Schede. — *Arch. f. klin. Chir. von Langenbeck.* Bd. XXVIII, 3.

Secchi. — *Priapismo, sifilide terziaria lesione ossee multipli affezioni articolari. Gaz. degli ospedali.*, 1903, n° 83.

Sergent (E.). — Pseudo-tumeur blanche syphilitique du coude gauche chez un tuberculeux. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, mars 1905, p. 186.

Simon (T.). — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants, p. 218, 1882.

Somma. — *Giornale internazion. delle Sc. Médic.*, 1882.

Sonnenburg. — *Berl. med. gesellschaft*, 25 juin 1884. *Berlin klin. Woch*, 1884, p. 548.

Spillmann (L.). — Le Rachitisme. Th. Nancy, 1900.

— Syphilis osseuse, Nancy, 1908.

Spillmann (P.). — Un cas d'hydarthrose du genou chez une jeune fille de 17 ans hérédo-spécifique. *Soc. de Méd.* Nancy, mai 1909.

Taylor (W.). — Deux cas de synovite du genou. *American Journal of Dermatol. and Syphilis*, 1871.

— *Philadelphi med. and surg.* Report., 1878.

Tilmann. — *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1884, p. 756.

Toussaint. — Des arthropathies et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismale, scrofuleuse et syphilitique. Th. Paris, 1881.

Vaffier. — Du rhumatisme syphilitique. Th. Paris, 1875.

Verneuil. — Syphilis des bourses séreuses et hydarthrose tertiaire. *Gaz. hebd.*, janvier 1873, p. 22.

Virchow. — *Ueber syphil. Gelenkaffectionen. Berlin. klin. Woch.*, 1884, p. 170.

— *Verhandlung der berl. med. Gesellsch.*, 1884, p. 259.

— *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1884, n° 33.

Voisin (J.). — Contrib. à l'étude des arthrop. syphilitiques. Th. Paris 1875.

Waldeyer et Kobner. — *Beitrage zur Kentniss der hereditaren Knochensyphilis. Wirchow's Archiv.*, t. IX, Bd 55, p. 367.

Warrington-Haward. — *Transact. of the pathol. Soc.*, XXVIII, p. 3.

Wegner. — *Wirchow's Arch. f. pathol. Anatom.*, Bd 50.

Weill. — *Beitræge zur Lehre von den syphilitischen Gelenkkrankheiten.* Inaugur. Dissert., Strassburg 1876.

Zesas. — *Centralblatt für Chir.*, 1886, p. 184.

Zeissl (Von). — *Lehrbuch der Syphilis und der mit dieser verwandten œrtlichen Krankheiten*, 1875, p. 246.

— *Traité clinique et thérapeut. des mal, vénériennes.* Traduct. Raugé, 1888.

Ziehl. — *Syphilis unter dem Bilde des acuten Gelenkrhumatismus. Deutsch. med. Woch.*, 1884, n° 28.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

EXPOSÉ ET DIVISON DU SUJET 7

HISTORIQUE 8

STIGMATES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE 15

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE . 22

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE 27

OSTÉO-ARTHROPATHIE CHRONIQUE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE AVEC OU SANS ÉPANCHEMENT 32

OBSERVATIONS 42

OSTÉO-ARTHROPATHIE DÉFORMANTE 64

DIAGNOSTIC 88

PRONOSTIC 97

TRAITEMENT 99

CONCLUSIONS 105

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 107

Nancy. — Imprimerie Marcel VAGNER, 3, rue du Manège